



RPW/47684/2015 P
Data: 2015-07-14
Opolski Urząd Wojewódzki

Załącznik nr 2
do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 5 września 2014 r.
w sprawie wzorów oświadczeń
składanych przez konsultantów
w ochronie zdrowia (Dz. U.
z 2014 r. poz. 1207)

Opolski Urząd Wojewódzki
Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a), **Rajmundo Adamiec**

(imiona i nazwisko)

urodzony(a) ...

W

L. dz.

zamieszkały(a) w

po zapoznaniu się z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419, z późn. zm.) oświadczam, że uzyskałem(am) korzyść o wartości wyższej niż 380 zł od podmiotu:

1) wykonującego działalność leczniczą (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

w dniu w postaci

2) wykonującego działalność gospodarczą w zakresie wytwarzania lub obrotu produktem leczniczym, substancjami czynnymi i wykorzystywanymi jako materiały wyjściowe przeznaczone do wytwarzania produktów leczniczych, środkiem spożywczym specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobem medycznym (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

w dniu w postaci

K. Dmurek
(treść deklaracji zgodna z treścią umieszczoną
na dokumencie elektronicznym)
Deklaracja zgodna z deklaracją elektroniczną
dokonana w dniu **14.07.2015** przez
..... w systemie EZD

J. Poliwski
(treść deklaracji zgodna z treścią umieszczoną
na dokumencie elektronicznym)
Deklaracja zgodna z deklaracją elektroniczną
dokonana w dniu **15.07.2015** przez
L. Dmurek
Podpis pracownika

3) wykonującego działalność gospodarczą w zakresie doradztwa związanego z refundacją leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

.....
.....
.....
w dniu w postaci

4) wykonującego działalność ubezpieczeniową (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

.....
.....
.....
w dniu w postaci

5) który złożył wniosek o wydanie pozwolenia na dopuszczenie do obrotu produktu leczniczego albo uzyskał to pozwolenie lub złożył wniosek o wydanie pozwolenia na import równoległy produktu leczniczego albo uzyskał to pozwolenie (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

.....
.....
.....
w dniu w postaci

6) który jest wytwórcą, importerem, autoryzowanym przedstawicielem lub dystrybutorem wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

.....
1. POLPHARMA

UMOWA O DZIEŁO NR UM/0044718/D2/2015

w dniu 30.06.2015 w postaci HONORARIUM ZA PRZYGOTOWANIE

1. PRZEDSTAWIENIE WYKŁADU PT. "ALDOSTERON - NIEDOCENIANY CZYNNIK NIEKŁĘBZENIA UKŁ. NACZYNIOWEGO".

KONGRES PTJ - WROCLAW, 21-23.05.2015

7) posiadającego akcje lub udziały w spółkach handlowych wykonujących działalność, o której mowa w pkt 1-6, lub udziały w spółdzielniach wykonujących działalność, o której mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

w dniu w postaci

8) będącego współnikiem lub partnerem spółki handlowej lub stroną umowy spółki cywilnej wykonującej działalność, o której mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

w dniu w postaci

Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
Mroctaw, dn. 07.07.2015
(miejscowość, data)

PROF. DR HAB. MED.
RAJMUND ADAMIEC
SPECJALISTA CHOROBY WĘWNETRZNYCH
ANGIOLOGII, PATOMORFOLOGII, NEPROLOGII,
HIRERTENSIOLOGII, DIABETOLOGII
POŁŁAW, UL. O. WŁOCHOWSKIEJ 3
6045271 TEL. 071 36 44-279
(podpis)

1. FUNDACJA UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO w Mroctawie
NIP 898-00-26-419
KONSULTACJE MEDYCZNE - Mroctaw, dn. 30.06.2015