

Oświadczenie Nr 1

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCY SYTUACJI BIEŻĄCEJ
OD DNIA 05.09.2014r. /ROZPORZĘDZENIE MIN. ZDROWIA/

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)

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a), RAJMOND ADAMIEC

urodzony(a)

zamieszkały(a):

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):

1. UNIWERSYTET MEDYCZNY NR KRÓLEWSKI - ETAT NAUCZYCIELA AKAD.

2. UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR KRÓLEWSKI, KIEROWNIK /
ORDYNATOR KLINIKI - ETAT SZPITALNY

3. KARŁOWOCKA PAŃSTWOWA SZKOŁA WZROZKA W JELENIEJ GÓRZE -
w dniu w postaci ETAT NAUCZYCIELA AKADEMICKIEGO

4. FORADNIA CHOROBY NACZYŃ - W. DOBRZYŃSKA, KRÓLEWSKI
UMOWA O PRACĘ

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):

5. PRYWATNY GABINET SPECJALISTYCZNY - PRZYZYCHADNIA "PROXIMUM"
W. ŻELAZNA 34, KRÓLEWSKI

w dniu 19.09.2014 w postaci WYKŁAD WIT. "CUKRZYCA TYPU-2"

PRZYGOTOWANIE I WYSTĄPIENIE WYKŁADU I UDZIAŁ FIRM
SKOLENIE PODYPLOMOWE ATRA-ZENECA

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

..... NIE DOTYCZY

.....

.....

.....

w dniu w postaci

.....

.....

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

..... NIE DOTYCZY

.....

.....

.....

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):

..... NIE DOTYCZY

.....

.....

w dniu w postaci

.....

.....

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

..... NIE DOTYCZY

.....

.....

w dniu w postaci

.....

.....

.....
.....
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):
.....
.....

.....
.....
NIE DOTYCZY
.....
.....

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

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

.....
.....
NIE DOTYCZY
.....
.....

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

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

.....
Gosław, dn. 23.09.2014
(miejscowość, data)

PROF. DR HAB. MED.
RAJMUND ADAMIEC
SPECJALISTA CHOROŚ WERNETRZNYCH
ANGIOLOG, ECHOMORFOLOG, NEFROLOG
HIPERTENJOLOG, DIABETOLOG
WROCŁAW, O. POLSKA 36 44-272
8045271
R. Adamiec
(podpis)