


120 1/10/17
Dedrochydil (100 mg) (100 mg)
100 mg (100 mg)
02 PAZ, 2017
CHUO 3 (100 mg)
Mikrochydil (100 mg) (100 mg) (100 mg)

Ja, niżej podpisany(-na), .

 (imiona i nazwisko)



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

w dniu

w postaci

lek-Am Sp. 200 30001 Wernese el. 1911 20

w dniu 22-24.09.2017

w postaci

..... Anonowy sponsorowaniei dokonywanie konferencji
..... naukowych i prezentacji i wyjazdów
..... Medycyna i rehabilitacja i rehabilitacja i rehabilitacja
..... w rehabilitacji

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
wytrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):
.....
.....
.....

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

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(-ma) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Wojciech 2/10/17
.....
(miejscowość, data)

.....
KONSULTANT WOJEWÓDZKI
w dziedzinie seksuologii
.....
(podpis) *[Signature]*
.....
dr n. med. *[Signature]* Joanna Szustkiewicz