

Oświadczenie



Ja, ,niżej podpisanym, dr
Cisarz.....
(imiona i nazwisko)

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 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):

1. Bristol-Myers Squibb – „ Spotkanie Naukowe- Konferencja połączona z warsztatami „ Postęp w leczeniu immunologicznym czerniaka złośliwego , raka nerki i raka płuca „ –Moderowanie i prowadzenie konferencji i warsztatów -druga część spotkania –Podsumowanie i zakończenie warsztatów Wrocław 13.06.2019
Wpłata - 21.08.2019

2. ROCHE POLSKA SP.Z O.O. „lubuskie Lato Onkologiczne „ Zielona Góra , Wykład dotyczący „ Postępy i strategia postępowania w zaawansowanym Raku Jelita Grubego „ - 14.06.2019 F– **Wpłata 23.08.2019**

- 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, jeżeli nie dotyczy to podmiotów wymienionych w p. 2

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

.....
.....
.....

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

nie.....

.....
.....
.....

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, jeżeli nie dotyczy to podmiotów wymienionych w p.

2.....

.....
.....
.....

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

.....
.....
.....

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

nie, jeżeli nie dotyczy to podmiotów wymienionych w p.

2.....

.....
.....
.....

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, jeżeli nie dotyczy to podmiotów wymienionych w p.
2.....
.....
.....

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, jeżeli nie dotyczy to podmiotów wymienionych w p.
2.....
.....
.....

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

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

10 Jan 309 2019
.....
(miejscowość, data)

KONSULTANT WOJEWÓDZKI
w dziedzinie onkologii klinicznej
i w dziedzinie chorób wewnętrznych
i w dziedzinie chorób nowotworowych
.....
(podpis) dr. med. Filip Głaz