

Emilia Filipczyk-Cisarz
Konsultant Wojew.
wd. Onkologii Klinicznej
DCO, pl. Kiersfelda 12
53-413 Wrocław

ZŁOŻONO ODDZIĘCIE



W załączeniu przekazuję:

RPW/587/2019 P
Data: 2019-01-02
Dolnośląski Urząd Wojewódzki
we Wrocławiu - Kancelaria

1. Oświadczenie o dochodach

2.

3.

4.

5.

6.

Wrocław 2.01.2019
W P Ł Y N Ę Ł O
Dolnośląski Urząd Wojewódzki
we Wrocławiu
03-01-2019
SEKRETARIAT
Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej

Dolnośląski Urząd Wojewódzki

Wydział..... PZ

Pl. Powstańców Warszawy 1

Wrocław

Oddział Zdrowia Publicznego
i Statystyki Medycznej
03 STY, 2019

Oświadczenie

Ja ,niżej podpisany... dr n.med.Emilia Filipczyk-
Cisarż.....
(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. Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne – Konferencja sekcji żywienia – Warszawa 17 listopada 2018 Wykład Pt.:' Dobór terapii w zależności od stanu klinicznego pacjenta" wpłata 24.12.2018
 2. Astellas Pharma Sp z o.o. – Warsztaty Onkologiczne- Wrocław 29 listopada 2018 „ Rola receptora androgenowego w terapii raka stercza . Program lekowy enzalutamid – Prowadzenie i moderowanie konferencji
Wpłata21.12.2018.....
.....
.....
- 3) wykonującego działalność ubezpieczeniową (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

nie.....
.....
.....
.....

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

- 4) 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.....
.....
.....
.....

- 5) 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.....
.....
.....
.....

- 6) 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.....
.....
.....

- 7) 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.

Smoleń 2012019
.....
(miejscowość, data)

KONSULTANT WOJEWÓDZKI
w dziedzinie onkologii klinicznej
dla województwa dolnośląskiego
Smoleń
(podpis) *Smilek Filipczyk-Elasz*