

Oświadczenie

W P Ł Y N Ę Ł O
Dolnośląski Urząd Wojewódzki
wrocław

11 LUT. 2019

Wydział Zdrowia i Promocji Zdrowia
Służba Zdrowia

Ja, ,niżej podpisana,
Cisarz.....
(Imiona i nazwisko)

Emilia Filipczyk-
11-02-2019

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. Firma Roche Polska Sp. Z o.o. – wpłata transy za udział w Badaniu Klinicznym :
„Randomizowane prowadzone metodą podwójnie ślepej próby i kontrolowane przy
użyciu placebo badanie kliniczne fazy III schematu leczenia atezolizumab w
skojarzeniu z kobimetynibem i wemurafenibem u pacjentów uprzednio nieleczonych
z nieoperacyjnym , miejscowo zaawansowanym lub przerzutowym czerniakiem
wykazującym mutację V600 genu BRAF”
wpłata 08.02.2019

- 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.....

.....

.....

Ponad

to:.....

.....

Cykliczne wygłaszanie wykładów dla Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu w ramach Szkolenia Podyplomowego Wydziału Farmaceutycznego kursów dla Farmaceutów z zakresu specjalizacji z farmacji szpitalnej dotyczące „Zasady przygotowywania i podawania leków cytostatycznych” w temacie – Leki p-nowotworowe i leki celowane.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

For For 1102 2019
.....
(miejscowość, data)

KONULTANT WOJEWÓDZKI
w dziedzinie onkologii klinicznej
HISTOPATOLOGIA
.....
(podpis)
dr n. med. Ewelina Szymańska-Olszewska