



Oświadczenie 22-09-2020

Ja, niżej podpisany... dr n.med.Emilia Filipczyk-Cisarż.....  
.....  
(imię 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. Roche Polska Sp. z o.o. - Kolejna Transza za wykonanie w Badaniu Klinicznym CO 39262 „ A phase III double blinded—,randomized placebocontrolled study of atezolizumab plus cobimetinib and vemurafenib in previously untreated BRAF mutation-positiv patients with unresectable locally advanced or metastatic melanoma” wpłata 15.09.2020
2. Roche Polska Sp. z o.o. - ESMO 19-21.09.2020 VIRTUAL - sponsorowanie udziału w opłaceniu FEE

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.

*Środa 22.09.2020*  
.....  
(miejscowość, data)

*Emilia*  
.....  
(podpis)

KONSULTANT WOJEWÓDZKI  
w dziedzinie onkologii klinicznej  
dla województwa śląskiego  
dr n. med. Emilia Pilińska-Cisarz