

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. Fundacja Centrum Edukacji Samorządowej – Jelenia Góra – Konferencja „ Dolnośląska Jesień Onkologiczna” – Wojanów 6-8 10.2017 – Moderowanie i prowadzenie sesji naukowej wraz z wykładem pt.” BIOLOGIA GUZA ZNACZENIE W PODEJMOWANIU DECYZJI TERAPEUTYCZNYCH- wczesny Rak Piersi „
wpłata 22.12.2017
 2. Agencja Promocyjno – Reklamowa JMJ - Konferencja BMS „ Immunoonkologia - Warsztaty „ Wrocław 15 .12.2017 –Moderowanie i prowadzenie .
Wpłata 29.12.2017
- 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.

..... 30.1.2018
(miejscowość, data)

KONSULTANT PRACOWNIK
w Zarządzie Krajowego Rejestru Sądowego
.....
.....
..... (podpis)
.....