

**Name** \_\_\_\_\_  
**Wholesale \$** \_\_\_\_\_

2037, 2039

..... ANDRZEJ KOŁODZIEJCZYK  
(imię i nazwisko)

--

1) wykonującego działalność leczniczą (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

w dniu .....

w postaci

[illegible]

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):

w dniu .....

w postaci

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

3) wykonującego działalność gospodarczą w zakresie doradztwa związanego z refundacją leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

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

w dniu .....

w postaci

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

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

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

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):

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

w dniu .....

w postaci .....

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

BAYER Sp. z o.o.

w dniu 25.01.2017 .....

w postaci

Samodzielna Pracownia Medyczna  
w dziedzinie med. nuklearnej

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):

.....

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):

.....

w dniu .....

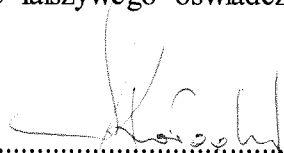
w postaci

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

Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

WROCLAW 26.01.2018

(miejscowość, data)



(podpis)

KONSULTANT WOJEWÓDZKI  
w dziedzinie medycyny nuklearnej  
dla województwa dolnośląskiego

dr. n. med. Andrzej Kołodziejczyk