

## Oświadczenie



Ja, ..... ,niżej podpisany... dr  
Cisarz.....

n.med. Emilia Filipczyk-  
SECRETARIA  
Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej

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. Bristol-Myers Squibb – „ Spotkanie Naukowe- Konferencja połączona z warsztatami „ Postęp w leczeniu immunologicznym czerniaka złośliwego , raka nerki i raka płuca „ –Moderowanie i prowadzenie konferencji i warsztatów .

Wrocław 13.06.2019 Wpłata - 10.07.2019

2. TERMEDIA SPÓŁA Z O.O. – Konferencja Pułapki w Diagnostyce i Leczeniu Nowotworów – Wrocław 14-15.06.2019 .Wykład Pt.: „Powikłania terapii immunologicznej” Wpłata 9.07.2019

3. ViaMedica MEDIA SP.ZO.O – Konferencja TOP of the TOP – Immunoterapia Raka Płuca” – Wrocław 28.06.2019 Wpłata 8.07.2019

4. ROCHE POLSKA SP.Z O.O. –wpłata transzy 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 12.07.2019**

- 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.....

.....

.....

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Świdów 15.07.2019

(miejscowość, data)

KONSULTANT WOJEWÓDZKI  
w dziedzinie ochrony zdrowia  
Dr n. med. Emilia Pukacz-Gałąz  
(podpis)  
Dr n. med. Emilia Pukacz-Gałąz