



Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(-na),Bogdan Batko.....
(imiona i nazwisko)

urodzony(-na) W

zamieszkały(-ła) w

MAŁOKRÓLEWSKI WYKŁADZNIK
ZŁOŻONOŚĆ OSOBIŚCIE
13.03.2015

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(-łam) korzyść o wartości wyższej niż 380 zł od podmiotu:

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

Nie posiadam wiedzy w tym zakresie odnośnie firmy Covance Incorporated/sponsor Sanofi/ 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):

Covance Incorporated/sponsor Sanofi/ w dniu 13.03.2015 w postaci: płatność za przeprowadzenie badania klinicznego, nr protokołu: EFC11574; SARIL-RA-COMPARE

- 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 posiadam wiedzy w tym zakresie odnośnie firmy Covance Incorporated/sponsor Sanofi/ w dniu w postaci

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

Nie posiadam wiedzy w tym zakresie odnośnie firmy Covance Incorporated/sponsor Sanofi/ 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 posiadam wiedzy w tym zakresie odnośnie firmy Covance Incorporated/sponsor Sanofi/

w dniu w postaci

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

Nie posiadam wiedzy w tym zakresie odnośnie firmy Covance Incorporated/sponsor Sanofi/

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 posiadam wiedzy w tym zakresie odnośnie firmy Covance Incorporated/sponsor Sanofi/

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 posiadam wiedzy w tym zakresie odnośnie firmy Covance Incorporated/sponsor Sanofi/

W dniu w postaci

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

Kraków, dnia 18.03.2015r

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis)