



RPW/48214/2015  
Data: 2015-06-03

Załącznik nr 2

## Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(-na), Bożena Mikołuc

(imiona i nazwisko)

urodzony(-na) .....

zamieszkały(-ła) w .....

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):

w dniu ..... w postaci .....

Podlaski Urząd Wojewódzki  
PUNKT OBSŁUGI KLIENTA  
WPŁYNĘŁO  
Data 03.06.2015  
Ilość zał. - 0 -  
poz. rej. / symb. Wzrost  
podpis [podpis] RPW/ 48214/2015

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):  
G-PHARMA CONSULTING Krzysztof Gojdz

w dniu 15.05.2015 przygotowanie i wygłoszenie wykładu na konferencji: Alergia na pokarmy u dzieci. Aktualny stan wiedzy. Standardy postępowania. Ostróda 15-16.05.2015

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 .....



SCP/5908/2015  
ID: 00010300105029

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, importerem, autoryzowanym przedstawicielem lub dystrybutorem wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

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):

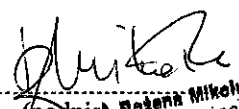
w dniu ..... w postaci .....

8) będącego współnikiem 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.

Białystok 18.05.2015  
(miejscowość, data)

  
(Podpis) Beata Mikolaj  
Dr hab. n. med. Beata Mikolaj  
specjalista chorób dzieci  
i immunologii klinicznej  
8047182, tel. 608-302-777