



Oświadczenie

Podlaski Urząd Wojewódzki w Białymstoku
PUNKT OBSŁUGI KLIENTA
WPLYNĘŁO
Data 26.05.2015 Załącznik nr 2
Hość zal. 0-
(imiona i nazwisko) rej. N /sygn. W ydz.
podpis N RPW/46149/2015

Ja, niżej podpisany(-na), Piotr Jakubow

urodzony(-na) w

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

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.L.Pharma GmbH POLSKA

.....
w dniu **8-11 maj 2015** w postaci **Uczestnictwa w Konferencji Europejskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej EAPC 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



.....
5) który złożył wniosek o wydanie pozwolenia na dopuszczenie do obrotu produktu lecz-
niczego albo uzyskał to pozwolenie lub złożył wniosek o wydanie pozwolenia na import rów-
noległy 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 cy-
wilnej 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 25.05.2015

.....
(miejscowość, data)

dr n. med. Piotr Jakubów
spec. anes. intens. terapii
Piotr Jakubów
lek. chorób wewnętrznych
(podpis) 1235

dr n. med. Piotr Jakubów
Konsultant Wojewódzki
województwa podlaskiego
w dziedzinie medycyny
paliatywnej