

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a), **Ewa Czerska**
(imiona i nazwisko)

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 uzyskałam korzyść o wartości wyższej niż 380 zł od podmiotu:

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

Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych, ul. Konopacka 4, 03-428 Warszawa – przygotowanie i wygłoszenie w języku polskim wykładu : „Diagnostyka laboratoryjna w zachodniopomorskim – na podstawie danych konsultanta wojewódzkiego” w dniu 06.12.2025 r. podczas spotkania Kierowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych i spotkania naukowo – szkoleniowego Oddziału Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej w Szczecinie oraz opracowanie materiałów dydaktycznych, w tym prezentacji multimedialnej.

~~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, 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 wspólnikiem lub partnerem spółki handlowej lub stroną umowy spółki cywilnej~~
~~wykonywającej działalność, o której mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):~~

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

.....
.....
Jestem świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Szczecin, 16.12.2025 r.

.....
(miejscowość, data)



PODPIS ZAUFANY

EWA
CZERSKA

18.12.2025 19:57:04 GMT+1

Dokument podpisany elektronicznie
podpisem zaufanym

.....
(podpis)

