

Konsultant Krajowy w dziedzinie hematologii

Prof. dr hab. n. med. Ewa Lech-Marańda

Adres: Instytut Hematologii i Transfuzjologii

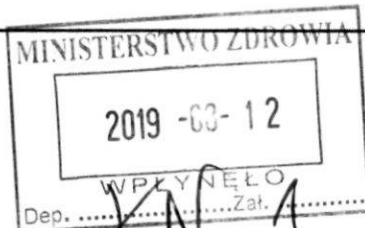
Ul. Indiry Gandhi 14, 02-776 Warszawa

Telefon: 22 3496176; Fax: 22 3496178; E-mail: emaranda@ihit.waw.pl



RPW/102900/2019 P
Data: 2019-08-12
ID: 00890204419472

KKH 101.2019



Warszawa, 08.08.2019

Szanowna Pani

Aneta Gałęcka-Rulak

Starszy Specjalista

Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego

Ministerstwo Zdrowia

ul. Miodowa 15

00-952 Warszawa

Szanowna Pani,

W załączeniu przesyłam oświadczenie (załącznik nr 2) zgodnie z ustawą z dnia 06.11.2008 o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 Nr 52, poz. 419 z późn. zm).

Z poważaniem

Ewa Lech-Marańda

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a), Ewa Lech-Marańda
(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 uzyskałem(am) 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):

M15- 889 - AbbVic - 26.07.2019, 02.08.2019

VM Media Spółka z o.o. – 05.08.2019 (umowa z dnia 11.06.2019)

.....

3) wykonującego działalność gospodarczą w zakresie doradztwa związanego z refundacją leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

.....
.....
.....

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 wykonującej działalność, o której mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

.....

.....

.....

w dniu w postaci

.....

.....

.....

Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Polszczyca, 08.08.2019
(miejscowość, data)

Grzegorz Lech-Morawski
(podpis)