

RPW/102929/2026 P
Data: 2026-07-22
ID: 00890219107388

Załącznik nr 2

WZÓR

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a),Jerzy Robert Ładny

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):

1. AstraZeneca Pharma Poland Spółką z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Warszawie przy ul. Postępu 14, 02-676 Warszawa, w dniu 15.07.2026r. w postaci 3907,00 PLN netto za przygotowanie i wygłoszenie wykładu pt. „Rola SOR w szybkiej diagnostyce TMA” wygłoszonego podczas Webinaru w dniu 29.04.2026 r. w czasie trwania Akademii aHUS.

-
.....
.....
.....
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.

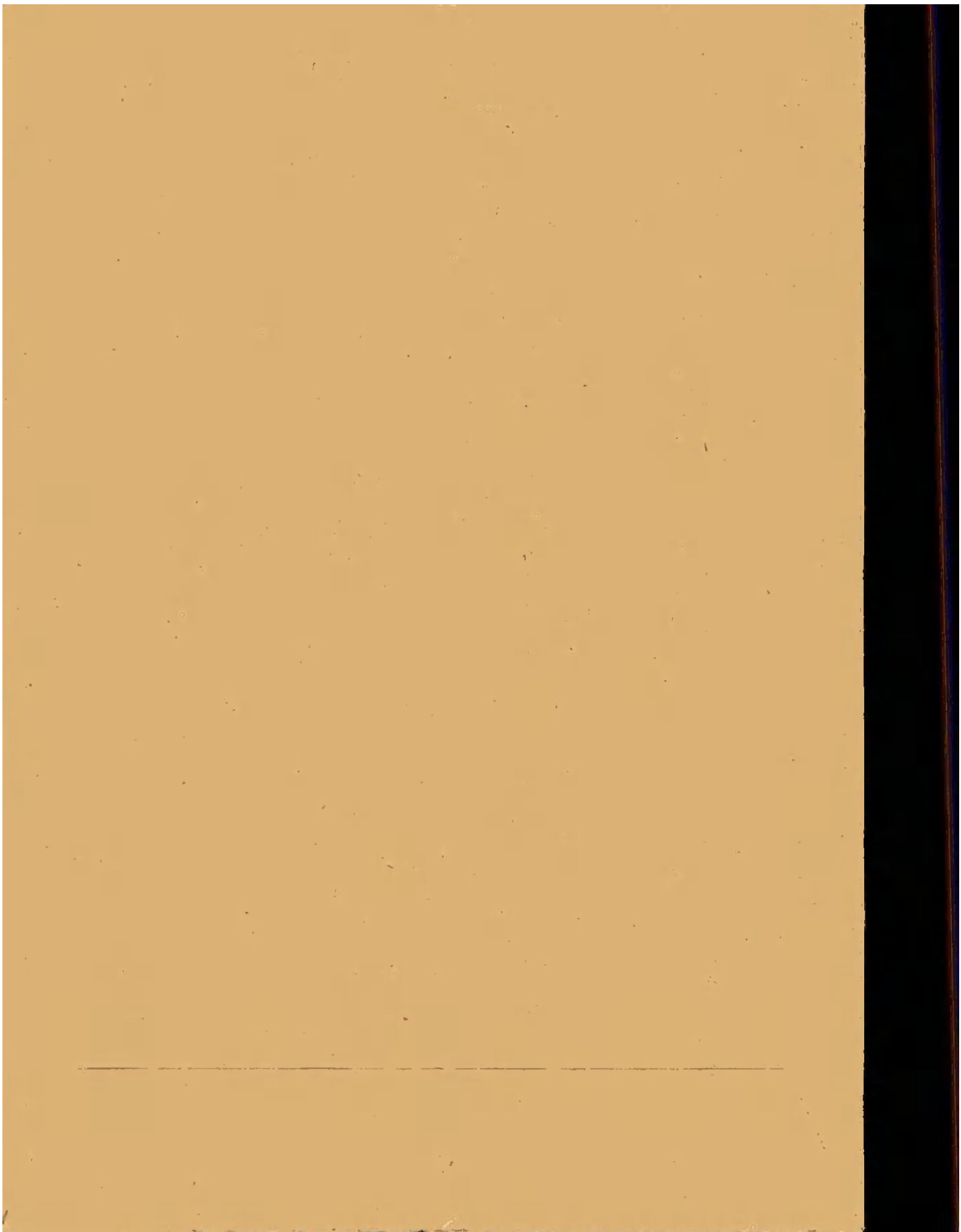
Białystok, 16.07.2026r.

.....
.....
(miejscowość, data)

prof. dr hab. n. med. Jerzy Robert Ładny

KONSULTANT KRAJOWY
ds. MEDYCYNY RATUNKOWEJ

(podpis)



Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku
Szpital Uniwersytecki

SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY

ul. Marii Skłodowskiej-Curie 24A, 15-276 Białystok

tel. 85 831 86 83, sor-usk@uskwb.pl

000000018587-01-024-4802

NIP 5422534985 REGON 000288610

SOR DMB

R

(00)259007734988958866



(00)259007734988958866

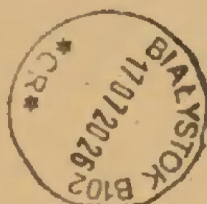
(00)259007734988958866



Poczta Polska

Opłata pobrana _____ zł _____ gr

2026



POLECONY

OPŁATA POBRANA
TAXE PERçUE-POLOGNI
Umowa nr 2011/19/05 (CP RH1-1
z Poczty Polską S.A. z dnia 20.12.2005
zamówiona w p.p. Białystok B102

*Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa*

12