



Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu Urząd Polityki Społecznej i Zdrowia		
WPLYNEŁO DNIA	04.04.2017	WPLYNEŁO DNIA
Oświadczenie		
L. dz.		

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu KANCELARIA GŁÓWNA		
WPLYNEŁO DNIA	03.04.2017	WPLYNEŁO DNIA
L. dz. 64153/17		

[Handwritten signature]

Ja, niżej podpisany(-na), Łukasz Tomasz Kałużny.....
(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(-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):

MAHTA sp. z o.o. i BioMarin.....

.....
w dniu .20.03.2017..... w postaci

Opracowanie raportu „Aktualna praktyka kliniczna postępowania diagnostycznego i terapeutycznego w fenyloketonurii oraz u chorych z deficytem BH4 w Polsce oraz jakość życia chorych w tych stanach zdrowotnych” podczas spotkania o charakterze Advisory Board.

- 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(-ma) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....

.....

(miejscowość, data)

Poznań, 29.03.2017

(Podpis)
KONSULTANT WOJEWÓDZKI
W DZIAŁACH
PEDIATRII METABOLICZNEJ
dr n. med. Łukasz Kałużny