

|                   |              |                   |
|-------------------|--------------|-------------------|
| KANCELARIA GŁÓWNA |              |                   |
| WPRZYNYŁO<br>DNIA | 09. 11. 2017 | WPRZYNYŁO<br>DNIA |
| L. dz.            | 205218117    |                   |
| zab.              |              |                   |

WZÓR

Oświadczenie

|   |                     |                   |
|---|---------------------|-------------------|
| Wielkopolski Urząd Wojewódzki<br>w Poznaniu<br>Wydział Zarządku |                     |                   |
| WPRZYNYŁO<br>DNIA   | 09. 11. 2017        | WPRZYNYŁO<br>DNIA |
| L. dz.  | 2D-III-P6718.2017.2 |                   |
| zab.  |                     |                   |

Załącznik nr 2

p. Hoffmann

Ja, niżej podpisany(-na),

Aleksandra Dominak-Pandrasiewicz

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):

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

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

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



"WUW170521668"

- 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):

- 1) *Termeolia Sp z oo Ulebrpa 8 Panau*  
*30.10.2017 - wynagrodzenie za wytworzenie*  
*wytworzenia*
- 2) *Wydobycie Gieł Sp z oo Strajna 12144 Lublin*  
w dniu ..... w postaci .....  
*03.11.2017 - umowa z wydawcą za publikację*  
*(zgodnie z umową)*

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

*Panau, 06.11.2017*  
(miejscowość, data)



*A. D. Panhombro*  
(podpis)