



\*WUW170302271

**Wielkopolski Urząd Wojewódzki**

Dzielnica I strefy **Poznań**

Zdział Polityki Społecznej i Zarobków

A WYENLO  
DNIA

14. 06. 2017

WPŁYNĘŁO  
DNIA

14. 06. 2017

WPŁYNĘŁO  
DNIA

Oświadczenie

L.dz.

Zal.  
*[Signature]*

*Alabinauska Danuta Pondrowsko*

po zapoznaniu się z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2008 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 produktami leczniczymi, substancjami czynnymi i wykorzystywanymi jako materiały wyjściowe przeznaczone do wytwarzania produktów leczniczych, od którego sporychymy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wrotem medycynym (jeżeli tak, to wskazać, od kogo)

LeoPharmie Sp 200  
Maynardlee 15 Warmawee:

1) 30.05.2014 przygotowanie  
i wyłożenie wylądu  
"Praktyczne aspekty leczenia  
nieinwazyjnego choroby  
słysz.".

2) 08.06.07 wrot opłat wicowej  
w ramach opłat za wyjazd  
na zjazd Amelkowskiej Akademii  
Dentologii

- 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 dystrybutorom 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)

We discuss

w postaci

- 8) będącego współnikiem 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

postaci

Jestem świadomy/mają odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Pracownik, 10.06.2017  
(miejscowość, data)

(microsecond, data)

A. D. - Mm

(continued)