

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu Wydział Polityki Społecznej		
WPŁYNĘŁO DNIA	26.09.2017	WPŁYNĘŁO DNIA
L. dz. Ja, niżej podpisany(-na), <b>Jakub Moskal</b>		



\*WUW170402024\*

### Oświadczenie

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu Wydział Zdrowia		
imiona i nazwisko)	WPŁYNĘŁO DNIA	26.09.2017
L. dz. 2017		

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu KANCLARIA GŁÓWNA		
WPŁYNĘŁO DNIA	25.09.2017	WPŁYNĘŁO DNIA
L. dz. 195 285/17		

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):

.....  
 .... **Takeda Polska sp. z o.o.**

w dniu **20.09.2017** w postaci **..opłaceniu zakwaterowania (1noc) oraz transportu z Puszczykowa do Sosnowca i z powrotem, gdzie odbyła się pokazowa operacji guza podstawy czaszki przeprowadzana przez profesora Ładzińskiego w Szpitalu św. Barbary w Sosnowcu.**

- 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)

.....  
(podpis)

1411841 | dr n. med. Jakub Moskal  
specjalista neurochirurg  
tel. 609 009 002