

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu
Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia
al. Niepodległości 16/18

Dziennik Ustaw

Poz. 1207

Załącznik nr 2

KONSULTANT WOJEWÓDZKI
ds. ALERGOLOGII

dr n. med. Izabella Pawlik

KONSULTANT WOJEWÓDZKI
ds. ALERGOLOGII

dr n. med. Izabella Pawlik

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(-na), Izabella PAWLIK
(imiona i nazwisko)

urodzony(-na) W

zamieszkały(-ła) w

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):

Chiesi - opłata za prelot, zakwaterowanie
+ wyżywienie i opłata zjazdowa za World
XXIII Congress of Asthma 12-15.03'16
w dniu 12-15.03'16 w postaci j.w.



KONSULTANT WOJEWÓDZKI
ds. ALERGOLOGII
dr n. med. Izabella Pawlik

1.3 XII 2015

Katarzyna Hoffmann

- 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

Za zgodność z oryginałem
13 XII 2016
Poznań, dn.

KONSULTANT WOJEWÓDZKI
ds. ALERGOLOGII
dr n. med. Izabella Pawlik

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

KONSULTANT WOJEWÓDZKI
ds. ALERGOLOGII

dr n. med. Izabella Pawlik

16-03'16

(miejscowość, data)

Izabella Pawlik

(podpis)

Za zgodność z oryginałem

stwierdzam inspektor

13 VI 2016
Poznańska Izabela Hoffman