

3018

| | | |
|--|---------------|---------------------|
| Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu | | |
| KANCELARIA GŁÓWNA | | |
| WYMIYNIŁO DZIAŁA | 12. SIE. 2015 | WYMIYNIŁO DZIAŁA |
| L. dz. 136875/15 | | |

WZÓR
Oświadczenie

JACEK WYSOCKI

(imiona i nazwisko)

| | | |
|--|---------------|---------------------|
| Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu | | |
| Województwo Wielkopolskie | | |
| WYMIYNIŁO DZIAŁA | 12. SIE. 2015 | WYMIYNIŁO DZIAŁA |

Załącznik nr 2

Ja, niżej podpisany(-na),

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):

Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu –
comiesięczna pensja.

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):

PFIZER

w dniu 30-31.07.2015 r. w postaci koszty podróży i pobytu w Pradze,
w celu szkolenia dotyczącego badania klinicznego B1971017.



WUW150195150

15.08.2015
Jacek Wysocki

- 3) wykonującego działalność gospodarczą w zakresie doradztwa związanego z refundacją leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

Nie

w dniu w postaci

- 4) wykonującego działalność ubezpieczeniową (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

Nie

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):

Nie

w dniu w postaci

- 6) który jest wytwórcą, importerem, autoryzowanym przedstawicielem lub dystrybutorem wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

Nie

w dniu w postaci

Potwierdzam zgodność z oryginałem

data 15.08.2015 podpis [signature]

- 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):

Nie

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):

Nie

w dniu w postaci

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

Poznań, 06.08.2015 r.

(miejscowość, data)

(podpis)

Potwierdzam zgodność z oryginałem

data 21.08.2015 podpis