

20 mod 67.2
p. Hoff 22.3.72

Wielkopolski Urząd Wojewódzki
w Poznaniu
KANCELARIA GŁÓWNA

WPLYNEŁO
DNIA 23. MAR. 2017 WPLYNEŁO
DNIA

L. GZ. 56664/14
Załącznik nr 2

PS-IV. 962.64.2017.8 26

Wielkopolski Urząd Wojewódzki
w Poznaniu
- 8 Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia

WPLYNEŁO
DNIA 24. 03. 2017 WPLYNEŁO
DNIA

WZOR



WUW170166526

Oświadczenie

JACEK WYSOCKI

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

.....

.....

.....

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):

ICON CLINICAL RESEARCH działająca w imieniu firmy PFIZER

.....

.....

w dniu 17.03.2017 r. w postaci honorarium w badaniu klinicznym B1971017

.....

.....

- 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

- 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):

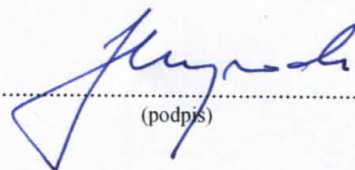
Nie

w dniu w postaci

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

Poznań, 20.03.2017 r.

(miejscowość, data)



(podpis)