

01 W 162 34.2016-8



WUW150442052

PS W 8

Wojewódzki Urząd Wojewódzki w Poznaniu Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia		
WPLYNEŁO DNIA	04. 01. 2016	WPLYNEŁO DNIA
L. dz.	IV	
Zd.		

Ja, niżej podpisany(a),

31. 12. 2015
271633m

Oświadczenie

Katarzyna Markowska

Załącznik nr 2
do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 5 września 2014 r.
w sprawie wzorów oświadczeń
składanych przez konsultantów
w ochronie zdrowia (Dz. U.
z 2014 r. poz. 1207)

urodzony(a)

zamieszkały(a) \

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(am) korzyść o wartości wyższej niż 380 zł od podmiotu:

1) wykonującego działalność leczniczą (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

SOTIO HS

w dniu 21.12.2015 w postaci WYPEŁNIENIA W WYSOKOŚCI
744 EURO - BABARIS KLIMATYCZNE-TRIAL

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):

w dniu _____ w postaci _____

Wojewódzki Urząd Wojewódzki
w Poznaniu
Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia
Katarzyna Markowska

- 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
Inspektor
stwierdzam.....
13
Katarzyna Hufniak
Poznań, ul.

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(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Poznań 29.12.2015
(miejscowość, data)

KONSULTANT WOJEWÓDZKI
w dziedzinie ginekologii onkologicznej
prof. dr hab. n. med. *[podpis]* Markowska

Za zgodność z oryginałem
stwierdzam
Poznań, dn. 2016
[podpis] Katarzyna Hoffmann