

Pl. 11. 661. 74. 2017. 8

Dziennik Ustaw

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu KANCELARIA GŁÓWNA		
WPLYNEŁO DNIA	08. 06. 2017	WPLYNEŁO DNIA
L. dz. 111546/17		

Wielkopolski Urząd Wojewódzki - 8 ^o Poznaniu Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia		
WPLYNEŁO DNIA	12. 06. 2017	WPLYNEŁO DNIA
L. dz. WZÓR 14		
Zd. Oświadczenie		

p. Hoff
12.6.17

Poz. 1207

Załącznik nr 2



WUW170287478

Ja, niżej podpisany(-na),

Przemysław Milecki
(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):

.....
.....
.....

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):

.....
.....
.....

w dniu w postaci
.....
.....
.....

- 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):
- IPSEN Poland sp. z o.o.
-
-
- w dniu 05.06.2017r. w postaci Wykιάd podnies
- spotkania z lekarzami - ośrodek RT w
- Kaliszu
-
-

- 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.

Romany, 08.06.2017
(miejscowość, data)

6471481 Prof. dr hab. med. Andrzej Kozłowski
specjalista I stopnia w zakresie patologii
specjalista II stopnia w zakresie patologii
(podpis) Kozłowski
tel. 607-338-442