



WUW170209167

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(-na),

Jakub Moskal

(imiona i nazwisko)

PI-IV.862.93.2017.8

p. Hoff

| | | |
|---|--------------|-----------------|
| Urząd Województwa w Poznaniu KANCLARZ GŁÓWNA | | |
| WYPISELO DNA | 11. 04. 2017 | WYPISELO DNA |
| L. dz. 1315/17 | | |

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

| | | |
|---|--------------|-----------------|
| Urząd Województwa w Poznaniu Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia | | |
| WYPISELO DNA | 11. 04. 2017 | WYPISELO DNA |
| L. dz. 1315/17 | | |

- 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):

.....
AESCULAP CHIFA Sp. z o.o. ul. Tysiąclecia 14 64-300 Nowy Tomyśl

.....
w dniu **29.03.2017 - 31.03.2017** w postaci **..opłacenia biletu lotniczego do Madrytu i powrotnego oraz hotelu dwie noce w Madrycie i umożliwienie wzięcia udziału w szkoleniu stabilizacji kregosłupa lędźwiowego metoda przezskórna.**

- 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

.....
.....

- 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):

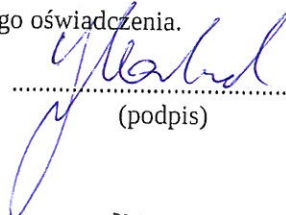
.....
.....

w dniu w postaci

.....
.....

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

Puszczykowo, 04.04.2017
(miejscowość, data)


.....
(podpis)

KONSULTANT WOJEWÓDZKI
w dziedzinie neurochirurgii
dla Regionu Wielkopolskiego
dr n. med. J. Kub Moskal