



Wielkopolski Urząd Wojewódzki  
w Poznaniu  
KANCELARIA GŁÓWNA

WPLYNEŁO DANIA	29. 03. 2016	WPLYNEŁO DANIA
I rz	50647116	
201		

WZOR

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(-na), PIANNA MARIA W. JANKOWIAK GRACZ  
(imię i nazwisko)

urodzony(-na) ..... 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):

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):

od jakiego): Asenolap Chiper Nowy Tomysk Tyngelcie 14

w dniu 16-19.03.16 w postaci Europejskiej Konferencji

for me up:      op. relnij      u      Učelnim      ERMPO,  
10 km      Usp. I entv      2.2 g. 10.10.1919      pleher

4. Precozini lehin Cyb kolory ungo i me o/disk

Wyniki 15 dyktoli 2 Europej

Plavst negrodny 3 aniyben / ne joned

590 plow woz / - jidyny w 7000

13.11.2015  
Katarzyna Hoffmann

- 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  
stwierdzam: *Katarzyna Hoffmann*  
Poznań, dn. 13 KWI 2016

- 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.

*Poznań* 23.03.2016  
(miejscowość, data)

*Wojciech Hoffmann*  
(podpis)

Za zgodę .....  
stwierdza .....  
Poznań, 1.3.2016  
.....  
Hoffmann