

75-IV.962.18.2017.Y

p. Hoffmann n.13



Dziennik Usług

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu
KANCELARIA GŁÓWNA

WUW160472317
W Poznaniu
Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia
Załącznik nr 2

WPLYNEŁO
DNIA 03.01.2017
WPLYNEŁO
DNIA 03.01.2017

WPLYNEŁO
DNIA 03.01.2017
WPLYNEŁO
DNIA 03.01.2017

18.11.17

Aleksandra Dąbrowska

Ja, niżej podpisany(-na)

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, środkami spożywczymi specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobem medycznym (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

Leo Pharma Sp z o o

w dniu 23.12.2016 w postaci wynagrodzenie

20 2 wytyaczy

1) Miejsce leczenia Turgu

u dzieci i dorosłych
Wannaua 03.12.2016
wraz z noclegiem

2) Jak kontrolować aktywność zapalenia
słody w gabinecie leczenia PŁZ - terapia
probiotykiem, leczenie zastępcze Panceri 25.11.2016

- 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(-m) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Powin 30.12.2016
.....
(miejscowość, data)

A. D. Nowak
.....
(podpis)