



WUW170292398

Wielkopolski Urząd Wojewódzki
w Poznaniu
Wydział Pielęgniwo Społecznej i Zdrowia

WYPEŁNIŁO DZIAŁ 24.06.2017 WZÓR WYPEŁNIŁO DZIAŁ

Oświadczenie

L. ZS. SZKOTN GERARD

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu
KANCELARIA GŁÓWNA

WYPEŁNIŁO DZIAŁ 23.06.2017 WYPEŁNIŁO DZIAŁ

CSF

Ja, niżej podpisany(-na),
(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):

- 1) ASTRA VENECA Polska w dn. 31.V-3.VI.2017 w postaci sponsorowania
RESPIRATOR SUMMIT w BUDAPESTACH, Węgry (podarki, zabrakowało),
2) ASTRA VENECA Polska w dn. 6.VI.2017 w postaci honorarium
w dniu 20.06.2017 w postaci wykładu,
3) CHIESI Polska w dn. 7-10.VI.2017 w postaci sponsorowania
Capite Fibres Society Congress, Sewilla, Hiszpania (podarki, wykład, zabrakło,
zabrakowało, wykład),
4) ASTRA VENECA Polska w dn. 22.VI.2017 w postaci honorarium
za wykład wykład w Wodzie k. Kalisz

- 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.

.....
Pomni, dnia 17/6/17
(miejscowość, data)

.....
Sygma G/A
(podpis)