

20-11. P. 18. 18. 11. L



p. Kofman  
25.09  
2017

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu KANCELARIA GŁÓWNA		
WPLYNEŁO DNIA	21. 09. 2017	WPLYNEŁO DNIA
L. dz.	143873/14	
Zal.		

WZÓR  
Oświadczenie

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu Wydział Polityki Społecznej		
WPLYNEŁO DNIA	22. 09. 2017	WPLYNEŁO DNIA
L. dz.		
Zal.		

Załącznik nr 2

Ja, niżej podpisany(-na),

Aleksandra Daniłdę-Ponochowska  
(imiona i nazwisko)

Wielkopolski Urząd Wojewódzki Wydział Zdrowia
--

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):

TEVA Pharmaceuticals Polska  
ul. Emilii Plater 53 00-113 Warszawa

w dniu 15.09.2017 w postaci wynagrodzenie

za przygotowanie i wypróbowanie wytworu

- 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):

Termedia sp z oo  
Weberpa 2  
61-615 Panceri

w dniu 08-09-09-2017 w postaci .....

uczestniczo w spotkaniu „Interdyscyplinarne  
Spotkania pod Pancerzskimi Koniołkami 2017”

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

Panceri, 19.09.2017

(miejscowość, data)

A.D.-Pondrowski

(podpis)

A.D.-Pondrowski

Panceri, 19.09.2017