



Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu		
KANCELARIA GŁÓWNA		
WPLYWIEŁO DATA	10. 11. 2016	WPLYWIEŁO DATA
L.dz. 201120116		

WZÓR

Oświadczenie

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia		
WPLYWIEŁO DATA	14. 11. 2016	WPLYWIEŁO DATA
L.dz. 11		

Załącznik nr 2

Poj 8

Ja, niżej podpisany(-na),

Aleksandra Dębnicki-Pandrowska

(imiona i nazwisko)

urodzony(-na)

zamieszkały(-ła)

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):

LeoPharm Sp z o.o

muyotowacenie i prezentacja wyplatow

w dniu

28.10.2016

w postaci

wynagrodzenie - prowizja

- 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, importерem, 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):

*# Wielkopolskie Izba Lekarska  
ze przygotowanie opinii biegłego*

w dniu *28.10.2016* w postaci *prelew - wynagrodzenie za pracę*

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

*Panów, 08.11.2016*

(miejscowość, data)

*A.D. - P.M.M.*

(podpis)

