

Załącznik nr 2

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a), Dorota Pisarczyk-Wiza

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(am) korzyść o wartości wyższej niż 380 zł od podmiotu:

1) wykonującego działalność leczniczą (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

oprócz comiesięcznego wynagrodzenia w ramach pracy w Szpitalu im. Franciszka Raszei oraz w Poradni Gaja Poradnie Lekarskie **nie uzyskałam** żadnych innych, dodatkowych korzyści

.....

 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):

- SANOFI AVENTIS Sp. z o. o. – Udział w debacie lekarzy praktyków „Czy potrzebujemy nowej insuliny bazalnej? Teoria czy odpowiedź na rzeczywiste potrzeby” w dniu 20 maja 2017 r. podczas XVIII Zjazdu Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego w Poznaniu – wpływ na konto 05.07.2017

3) wykonującego działalność gospodarczą w zakresie doradztwa związanego z refundacją leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego): **nie uzyskałam**

.....

w dniu w postaci

- 4) wykonującego działalność ubezpieczeniową (jeżeli tak, to wskazać od jakiego): **nie uzyskałam**.....

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): poza wynagrodzeniem wynikającym z udziału w wymienionych badaniach klinicznych (REWIND H9X-MC-GBDJ, CLAF 237A23156, CV 181-369, LPS 14409) **nie uzyskałam** żadnych, innych, dodatkowych korzyści

- 6) który jest wytwórcą, importerem, autoryzowanym przedstawicielem lub dystrybutorem wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego): **nie uzyskałam**

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): **nie uzyskałam**

.....
.....
.....
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): **nie**
uzyskałam

.....
.....
w dniu w postaci

.....
.....
Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Poznań 10.07.2017
.....
(miejscowość, data)

A. Pieyf Wize
.....
(podpis)