



WUW160422871

D-IV 461.26 2016

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu		
KANCELARIA GŁÓWNA		
WPLYNEŁO DNIA	28. 11. 2016	WPLYNEŁO DNIA
L. dz.	211051	116
zł.	Hanna	Maria

WZÓR

Oświadczenie

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu		
Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia		
WPLYNEŁO DNIA	29. 11. 2016	WPLYNEŁO DNIA
L. dz.		
zł.	Jankowiak	Gracja

Ja, niżej podpisany(-na),

(imiona i nazwisko)

zamieszkały(-a) w

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 oć 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 spożywczym specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobem medycznym (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

ASPEN MANUFACTURING

w dniu 20 - 21. 11. 2016 w postaci Wydehenie o charakterze

rehabilitacyjnym i Polu Kwalifikacyjnym związany z
podnoszeniem kwalifikacji zawodowej i związany z
programem Sympozjów i warsztatów i jobing

- 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.

Polina

24. 11. 18

(miejscowość, data)

KONSULTANT
WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO
W DZIEDZINIE FARMACJI SZPITALNEJ

dr n. farm. Hanna Janowska-Gracz

(podpis)