

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu
Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia
Al. Niepodległości 16/18

Dziennik Ustaw

Poz. 1207

PSIU 8

KONSULTANT WOJEWÓDZKI
ds. ATERGOLOGII

dr n. med. Izabella Pawlik

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia		
WPŁYNEŁO DNIA	13. 09. 2016	WZÓR WPŁYNEŁO DNIA
Oświadczenie		
L. dz.		
Zal. <u>Izabella PAWLIK</u>		

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu KANCELARIA GŁÓWNA		
WPŁYNEŁO DNIA	12. 09. 2016	WPŁYNEŁO DNIA
L. dz. <u>161934/16</u>		
Zal. <u>IV</u>		

Załącznik nr 2

PS W. 462.1.2016.3

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):



WUW160316919

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):

Celonpharma - opłata za prelot, opłata zjazdowa
hotel + wyżywienie na kongres ERS / Europejskie
kong. chorób układu oddechowego
w dniu 03.09-07.09/16 w postaci opłata na Celonpharma

- 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.

Poszumi

(miejscowość, data)

12.08'16

(podpis)

KONSULTANT WOJEWÓDZKI
ds. ALERGOLOGII

dr n. med. Izabella Pawlik

Izabella Pawlik