

PS W. Pob. 55 2016 8



WUW160329109

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu
KANCELARIA GŁÓWNA

WPROSZONO
DNIA 11. 10. 2016
WYPIĘCZONO
DNIA 180361/16

Wielkopolski Urząd Wojewódzki
w Poznaniu
Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia

WPROSZONO
DNIA 12. 10. 2016
WYPIĘCZONO
DNIA

L. GZ. Załącznik nr 2
Załącznik nr 2
do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 5 września 2014 r.

w sprawie wzorów oświadczeń
składanych przez konsultantów
w ochronie zdrowia (Dz. U.
z 2014 r. poz. 1207)

PS 10 8

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a), Rafał Sidorow Kucuk

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

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

firma Adamed ofe

w dniu 7-10-8.10.2016 w postaci udziału w konferencji
VII Forum Neurologi Dobrej - sukcesy w neurologii
chorej.

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):

w dniu w postaci

- 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(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Poznań 6.10.2016
.....
(miejscowość, data)


.....
(podpis)

Konsultant wojewódzki ds. neurologii dziecięcej
dla woj. wielkopolskiego

dr n. med. Paweł Kemnitz
specjalista neurologii dziecięcej