



WUW170459720

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu Kancelaria Główna	
Wpłynęło Data	10. 10. 2017
L.dz.	185566/17

WZÓR

Oświadczenie

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu Wydział Zdrowia		
Wpłynęło Dnia	11. 10. 2017	Wpłynęło Dnia
L.dz.	20-III w	

Załącznik nr 2

Ja, niżej podpisany(-na),

Małgorzata Ewa Jędraszek
(imiona i nazwisko)

[Signature]
11.10.17

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):

firme Aolamed
.....
.....

w dniu *02.10.2017* w postaci *pokrycie kosztów opłaty konferencyjnej na VII Forum Neurologii Dziecięcej w Poznaniu (kwota 498,00 zł)*
- umowa z dnem 02.10.2017

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

.....
.....
.....
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,

w dniu w postaci

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

Forma, 05.10.2017
(miejscowość, data)

(miejscowość, data)

KONSULTANT WOJEW
w dziedzinie chorób zaka
El. Sygler
Prof. dr hab. n. med. Magdalena F

ÓDZKI
żnych

glorowicz