

PS-IV. 962. 31. 2016.8



WUW160187572

PS-IV. 962. 31. 2016.8

Dziennik Ustaw

- 8

Poz. 1207

Wojewódzki Urząd Wojewódzki w Poznaniu
KANCELARIA GŁÓWNA
WYPEŁNIŁO DZIAŁ 08. CZE 2016 WYPEŁNIŁO DZIAŁ

Załącznik nr 2

WZÓR

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(-na),

Jarostaw Mirosław
(imię i nazwisko)

Wojewódzki Urząd Wojewódzki w Poznaniu
Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia
WYPEŁNIŁO DZIAŁ 08. CZE 2016 WYPEŁNIŁO DZIAŁ

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):

Mead Johnson Nutrition
.....
w dniu 24-28. 05. 2016. w postaci udziału w konferencji
ESPGHAN w Atenach

Za zgodność z oryginałem
stwierdzam Inspektor
Poznań, dnia 22 CZE 2016

22 CZE 2016

- 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

.....

.....

Za zgodność z oryginałem
stwierdzam inspektor

Poznań, dnia Katarzyna Hoffmann
22 CZE 2016

- 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 współnikiem 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.

Poznań, 06.06.2016

(miejscowość, data)

Jan Oleksy Werulif

(podpis)

Za zgodność z oryginałem
stwierdzam

Inspektor

Poznań, dnia 22 CZE 2016