

## Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(-na), Grażyna Cholewińska Szymańska  
 (imiona i nazwisko)

urodzony(-na) ..... w .....

zamieszkały(-ła) 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 od jakiego):

.....  
NIE

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):

.....  
 w dniu ..... w postaci .....

1. Umowa z 26-29 września 2014:

„Polka w Europie”. XIII Ogólnopolska Konferencja Polka w Europie

Przygotowanie prezentacji i wygłoszenie wykładu „Świat bez HCV – marzenie czy rzeczywistość”

Wykład zamówiony przez Abbvie Polska

Organizator: Stowarzyszenie „Dziennikarze dla Zdrowia”.

2. Umowa z 2-6 listopada 2014

Udział w europejskiej konferencji naukowej „HIV – Drug Therapy”, Glasgow 2014

Sponsor: MSD Sp z o. o.

3. Umowa z 14-15 listopada 2014, Łódź

Przygotowanie prezentacji i wygłoszenie wykładu pt. „Kliniczne aspekty leczenia infekcji HIV”. W ramach: „HIV-Horyzonty- warsztaty dla lekarzy”

Zamawiający: Master Conference Group, MCG, Poznań

4. Umowa z 5-6 grudnia 2014, Żelechów

Spotkanie naukowe „Warsztaty HIV”

Prowadzenie sesji, przygotowanie komentarzy eksperckich, prowadzenie dyskusji

Zamawiający: Gilead Sciences Poland Sp. z o. o.

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

NIE

w dniu \_\_\_\_\_ w postaci \_\_\_\_\_

4) wykonującego działalność ubezpieczeniową (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

NIE

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):

NIE

w dniu \_\_\_\_\_ w postaci \_\_\_\_\_

6) który jest wytwórcą, importerem, autoryzowanym przedstawicielem lub dystrybutorem wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

NIE

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):

.....  
NIE  
.....

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):  
.....

.....  
NIE  
.....

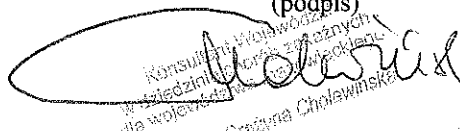
w dniu ..... w postaci .....  
.....  
.....

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

Warszawa 3.12.2014.....  
(miejscowość, data)

.....  
G. Cholewińska

(podpis)

  
Konsultant Województwa  
w dziedzinie chorób zakaźnych  
i woleń  
Drn. med. Grażyna Cholewińska