

MAZOWIECKI URZĄD WOJEWÓDZKI  
w Warszawie  
KANCELARIA

wpl.  
dnia 2017 -05- 22 wpl.  
dnia

Załącznik 1

Warszawa, 17.05.2017



RPW/171438/2017 P  
Data: 2017-05-22

Sz.P.

Joanna Nowiczenko-Walasek

Inspektor Wojewódzki

Oddział Doskonalenia Kadr Medycznych

Wejście B, pok. 268

Mazowiecki Urząd Wojewódzki

Wydział Zdrowia

Pl. Bankowy 3/5

00-950 Warszawa

Szanowna Pani

W załączeniu przesyłam oświadczenie o otrzymaniu korzyści o wartości przekraczającej 380zł od podmiotu wykonującego działalność w zakresie obrotu produktem leczniczym.

Z poważaniem

Dr n. med. Włodzimierz Kupis

Konsultant Wojewódzki

Chirurgia Klatki Piersiowej

Konsultant wojewódzki  
woj. mazowieckie  
Chirurgia klatki piersiowej  
dr n. med. Włodzimierz Kupis

## Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(-na),

HŁODZIMIERZ KUPIŚ

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):

TAKEDA POLSKA Sp. z o.o.

w dniu 10.05.2017 w postaci

Wykłada podlega wykreślenie z rejestru

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 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):

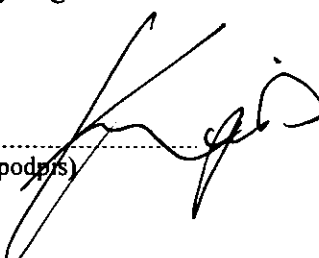
.....

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

.....

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

Warszawa 17.05.2017  
(miejscowość, data)

  
(podpis)