



RPW/178252/2022 P
Data: 2022-11-22
Opolski Urząd Wojewódzki

OPOLSKI URZĄD WOJEWÓDZKI
Kancelaria Ogólna

22-11-2022

Opole, 17.11.2022 r.

**Opolski Urząd Wojewódzki
Wydział Zdrowia i Powiadamiania Ratunkowego
ul. Piastowska 14
45-082 Opole**

W załączeniu przesyłam Oświadczenie w oparciu o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 września 2014 r. w sprawie wzorów oświadczeń składanych przez konsultantów w ochronie zdrowia (załącznik nr 2).

**Konsultant Wojewódzki
w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego
dla województwa opolskiego**

mgr Jolanta Grzyb

1. The first part of the paper is devoted to the study of the properties of the function $f(x)$ defined by the equation $f(x) = \int_0^x f(t) dt$. It is shown that $f(x)$ is a constant function.

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a),

Jolanta Grzyb
(imiona i nazwisko)

po zapoznaniu się z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2019 r., poz. 886) oświadczam, że uzyskałem(am) korzyść o wartości wyższej niż 412,06 zł od podmiotu:

Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek Położnych, ul. Pawińskiego 5A, 02-106 Warszawa za wykonanie recenzji do kursu specjalizacyjnego dla pielęgniarek.

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):

.....
.....
.....
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.

Opole, 17.11.2022 r.
(miejscowość, data)

Konsultant Wojewódzki
w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego
..... dla województwa opolskiego
(podpis)
mgr Jolanta Grzyb