

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(-na), **Anetta Lasek-Bal**

(imię i nazwisko)

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):

MEDYCYNĄ PRAKTYCZNA-SZKOLENIA SPÓŁKA CYWILNA UL. TADEUSZA REJTANA 2 30-510 KRAKÓW

Korzyść otrzymałam w dniu 08.03.2024r. w postaci przelewu na bankowy rachunek osobisty.

MEDPACE CLINICAL RESEARCH, LLC 100 WEST 33RD STREET NEW YORK CITY NY 10001 US 10001, US

Korzyść otrzymałam w dniu 08.03.2024r. w postaci przelewu na bankowy rachunek osobisty.

IQVIA RDS INC 4820 EMPEROR BLVD DURHAM NC UNITED STATES

Korzyść otrzymałam w dniu 05.03.2024r. w postaci przelewu na bankowy rachunek osobisty.

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):

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

Katowice, 09.03.2024r.

(miejscowość, data)

.....
(podpis)

Potwierdzam zgodność kopii wydruku z dokumentem elektronicznym:

Identyfikator dokumentu	10385194.21089092.19471944
Nazwa dokumentu	oświadczenie 09.03.2024r.pdf
Tytuł dokumentu	oświadczenie 09.03.2024r
Sygnatura dokumentu	
Data dokumentu	
Skrót dokumentu	F86DA143804B83374D79251D3667B5F149957F44
Wersja dokumentu	1.0
Data podpisu	2024-03-09 15:59:40
Podpisane przez	ANETTA LASEK-BAL
Rodzaj certyfikatu	Certyfikat kwalifikowany podpisu elektronicznego

EZD 3.118.1.1.

Data wydruku: 2024-03-12
Autor wydruku: Jableka Agata (Inspektor Wojewódzki)