

## Oświadczenie

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

(..... 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 uzyskałam(-łam) korzyść o wartości wyższej niż 380 zł od podmiotu:

1) wykonującego działalność leczniczą (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

ANGELINI PHARMA POLSKA SPÓŁKA Z O.O. ALEJE JEROZOLIMSKIE 181B 02-222 WARSZAWA

Korzyść otrzymałam w dniu 23.02.2024r. w postaci przelewu na bankowy rachunek osobisty.

Bayer Sp. z o.o. Al. Jerozolimskie 158, 02-326 Warszawa.

Korzyść otrzymałam w dniu 21.02.2024r. w postaci przelewu na bankowy rachunek osobisty.

PFIZER POLSKA SP. Z O.O. UL. ZWIRKI I WIGURY 16B 02-092 WARSZAWA.

Korzyść otrzymałam w dniu 21.02.2024r. 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, 24.02.2024r.

(miejscowość, data)

.....  
(podpis)

Potwierdzam zgodność kopii wydruku z dokumentem elektronicznym:

Identyfikator dokumentu	10326302.20942903.19322204
Nazwa dokumentu	oświadczenie 24.02.2024r.pdf
Tytuł dokumentu	oświadczenie 24.02.2024r
Sygnatura dokumentu	
Data dokumentu	
Skrót dokumentu	F64B07E0544C1CA84B131A11A0057636646FF73B
Wersja dokumentu	1.0
Data podpisu	2024-02-24 15:45:44
Podpisane przez	ANETTA LASEK-BAL
Rodzaj certyfikatu	Certyfikat kwalifikowany podpisu elektronicznego

EZD 3.118 1 1

Data wydruku: 2024-02-26

Autor wydruku: Jabłeka Agata (Inspektor Wojewódzki)