

Oświadczenie

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

(imiona i nazwisko)

PUNKT 1

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):

Convera UK Limited Finsbury Square 14-18 EC2A 1AH Lond on GB

Korzyść otrzymałam w dniu 20.03.2024r.w postaci przelewu na bankowy rachunek osobisty.

NOVARTIS INVESTMENTS S.A.R.L. 20. RUE EUGENE RUPPERT L-2453 LUXEMBOURG LUXEMBOURG

Korzyść otrzymałam w dniu 19.03.2024r.w postaci przelewu na bankowy rachunek osobisty.

ASTRAZENECA PHARMA POLAND SP.Z O.O.UL.POSTEPU 14 02-676 WARSZAWA;PL

Korzyść otrzymałam w dniu 14.03.2024r.w postaci przelewu na bankowy rachunek osobisty.

ASTRAZENECA PHARMA POLAND SP.Z O.O.UL.POSTEPU 14 02-676 WARSZAWA;PL

Korzyść otrzymałam w dniu 12.03.2024r.w postaci przelewu na bankowy rachunek osobisty.

NOVARTIS INVESTMENTS S.A.R.L. 20. RUE EUGENE RUPPERT L-2453 LUXEMBOURG LUXEMBOURG

Korzyść otrzymałam w dniu 12.03.2024r.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, 25.03.2024r.

(miejscowość, data)

.....
(podpis)

Potwierdzam zgodność kopii wydruku z dokumentem elektronicznym:

Identyfikator dokumentu	10439776.21223493.19611079
Nazwa dokumentu	Oświadczenie 25.03.2024 r..pdf
Tytuł dokumentu	Oświadczenie 25.03.2024 r.
Sygnatura dokumentu	
Data dokumentu	
Skrót dokumentu	4B057DD19B26BE51F979BC39423997A4DFB032EC
Wersja dokumentu	1.0
Data podpisu	2024-03-25 23:06:09
Podpisane przez	ANETTA LASEK-BAL
Rodzaj certyfikatu	Certyfikat kwalifikowany podpisu elektronicznego

EZD 3.118.1.1.

Data wydruku: 2024-03-26

Autor wydruku: Kałamarz Magdalena (Zastępca Kierownika Oddziału)

