Załącznik nr 2

WZÓR

Oświadczenie

Ja, niżej podpisana Aleksandra Lesiak
(imiona 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 korzyść o wartości wyższej niż 559,69 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):
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 ……..

……

……

……

9) pobyt naukowy w Stanford University, California 94305-5168, USA

w dniach 08.11.- 21.11.2025 r.

Pokrycie kosztów podróży, kosztów zakwaterowania w trakcie pobytu.

Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Signed by / Podpisano przez:
Aleksandra Lesiak
Date / Data: 2025-12-02 14:55

Łódź, 02.12.2025 r.
(miejscowość, data)

……
(podpis)