



RPW/96430/2024 P
Data: 2024-05-22
ID: 00890213567680

MINISTERSTWO ZDROWIA	
2024 -05- 22	
Dep.	WZŁYNEŁO Zał.

Załącznik nr 2

WZÓR

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a), Ewa Krolak
(imiona i nazwisko)

urodzony(a) 12.01.1967r. w Olsztynie

zamieszkały(a) w 05-077 Warszawa, Al. Marsa-J. Piłsudskiego 35C

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(am) korzyść o wartości wyższej niż 412,06 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):

.....
.....
.....
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 współnikiem lub partnerem spółki handlowej lub stroną umowy spółki cywilnej wykonującej działalność, o której mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

1) w dniu 22.04.2024r. dla Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego ul. Żwirki i Wigury 61, Warszawa ze memorandumem zapięty dydaktyzacji ze studentami w wysokości 1440 zł brutto

w dniu 29.04.2024r. w postaci umówienie ze memorandumem

2) cyfrowe na specjalizacji pielęgniarstwa rodzinne dla Osobliwej Katedry Polityki Społecznej WOIPI (ul. Reymonta 8) w wysokości 2000 zł brutto

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

Warszawa 15.05.2024r.
(miejscowość, data)

Ewa Kozłowska
(podpis)

WZÓR

2

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a), Ewa Godalska

(imiona i nazwisko)

urodzony(a) 12.01.1967r w Olsztyniezamieszkały(a) w 05-077 Warszawa, Al. Mam. J. Piłsudskiego 35C

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(am) korzyść o wartości wyższej niż 412,06 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):

.....
.....
.....
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 współnikiem lub partnerem spółki handlowej lub stroną umowy spółki cywilnej wykonującej działalność, o której mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

- 1) w dniu 10.05.2024r. od Akademii Nauk Stosowanych w wysokości 2440 zł brutto ze prowadzenie zajęć dydaktycznych dla studentów Pielęgniarstwa (AMS ul. Sokołowska Sieolce)
- 2) w dniu 12.05.2024r. w postaci wynagrodzenie ze prowadzenie wykładów na specjalizacji internistycznej dla Ośrodka Kontakcie Poddyplomowego WOSP.P ul. Reymonta 8 w Warszawie - w wysokości 1000 zł brutto.
- 3) w dniu 14 maja 2024r. w postaci wynagrodzenie ze prowadzenie zajęć dydaktycznych ze studentami dla UKSW (Warszawa ul. Włocławskiego) w wysokości 600 zł brutto

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

Warszawa 15.05.2024r.
(miejscowość, data)

Ewa Kozłowska
(podpis)

WZÓR

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a), Ewa Kęclak

(imiona i nazwisko)

urodzony(a) 12.01.1967r. w Olsztyniezamieszkały(a) w 05-077 Warszawa, Al. Ham. J. Piłsudskiego 35C

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(am) korzyść o wartości wyższej niż 412,06 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):

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 15.05.2024r. w postaci wynagrodzenie ze przepracowanie
zejsi dydaktycznych ze studentami albo Womarskiego Uniwersytetu
Medycznego ul. Żwirki i Wigury 61, Womarsko w wysokości 2160 zł brutto

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

Womarsko 15.05.2024r
(miejscowość, data)

Ewa Kocalska
(podpis)

Nadaj: Ewa Jędralska
Klinika Ginekologii
WIGR
ul. Sporna 1
02-637 Warszawa



oswiadczenie konsultanta (3 szt)

Szanowna Pani!
Agata Kowalska
Departament Rozwoju Kadr Medycznych
Ministerstwo Zdrowia
ul. Miłoboda 15
00-952 Warszawa

PRIORYTET