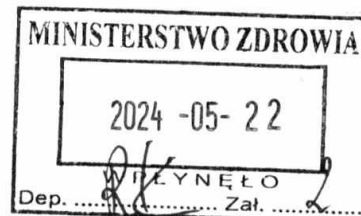




RPW/96430/2024 P
Data: 2024-05-22
ID: 00890213567680



Załącznik nr 2

WZÓR

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a), Ewa Kozłowska
(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 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 za memorandum zapiś dydaktycznych ze studentami w wysokości 1440 zł brutto
- w dniu 29.04.2024r. w postaci umówienie ze memorandum
- 2) wypłatę na operacji pielęgniarstwa szkolne dla Ośrodka Kształcenia Poliplomowego WOTPiP (ul. Reymonta 8) w wysokości 2000 zł brutto

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

Warszawa 15.05.2024r.
(miejscowość, data)

Elżbieta Kozłowska
(podpis)

WZÓR

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a), Ewa Hołdalska

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 za przeprowadzenie zajęć dydaktycznych dla studentów Pielęgniarstwa (AKS ul. Sokołowska Sielce)
- 2) w dniu 12.05.2024r. w postaci wynagrodzenia za przeprowadzenie zajęć dydaktycznych na specjalizacji internistycznej dla Ośrodka Kształcenia Poddyplomowego WOPiP ul. Reymonta 8 w Warszawie - w wysokości 1000 zł brutto.
- 3) w dniu 14 maja 2024r. w postaci wynagrodzenia za przeprowadzenie 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 Kędrabka

(imiona i nazwisko)

urodzony(a) 12.01.1967r. w Olsztynie

zamieszkały(a) w 05-077 Wernikowo, 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 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):

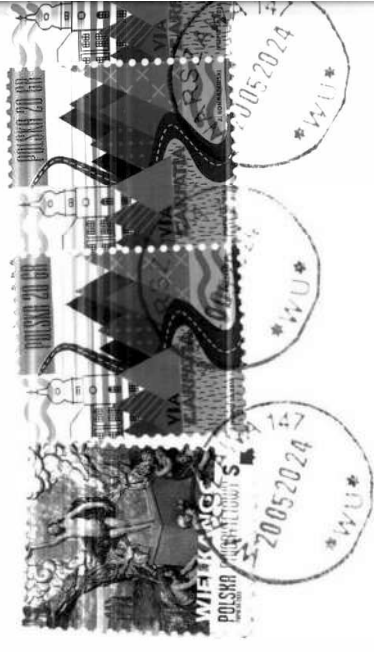
w dniu 15.05.2024r. w postaci wynagrodzenie za przeprowadzenie zajęć dydaktycznych ze studentami albo Wernarskiego Uniwersytetu Medycznego ul. Żwirki i Wigury 61, Wernars w wysokości 2.160 zł brutto

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

Wernars 15.05.2024r
(miejscowość, data)

Ewa Kocalska
(podpis)

Najol; Ene Szpitaliska
Klinika Genetiki
NIGL R
ul Spartańska 1
02-637 Warszawa



orwiodzenie konsultanta (3 szt)

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

PRIORYTET