

MINISTERSTWO ZDROWIA

2022 -05- 09

WPŁYNĘŁO

Dep.Zal.

RK 1



WZÓR

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a),Jerzy Robert Ładny.....

(Miejsce i data podpisu)

.....

.....

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 380 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):

.....Schulke Polska Sp. z o.o., al. Jerozolimskie 132, 02-305 Warszawa

.....

.....

.....

w dniu ...28.04.2022r..... w postaci ...1830,00 netto.....

za opracowanie aktualnych wytycznych w sprawie dezynfekcji skóry przed wykonaniem iniekcji.

.....

.....

- 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 w postaci

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

Białystok, 2022-05-04

(miejscowość, data)

prof. dr hab. n. med. Jerzy Robert Ładny
KONSULTANT KRAJOWY
ds. MEDYCYNY RATUNKOWEJ

(podpis)

UNIwersytecki Szpital Kliniczny
w Białymstoku
I KLINIKA CHIRURGII OGÓLNEJ
I ENDOKRYNOLOGICZNEJ
ul. M. Skłodowskiej-Curie 24A, 15-276 Białystok
tel. 85 831-86-72, tel./fax 85 831-86-20
NIP 542-26-34-985, REGON 000288610

OPLATA POBRANA
TAXE PERÇUE-POLOGNE
Umowa nr 200/HY/B/LU (CP RH1-1)
z Poczta Polska S.A. z dnia 20.12.2009
Nadano w PP Białystok b
POLECONY



R

(00)859007731145555632



(00)859007731145555632

(00)859007731145555632



Poczta Polska

Opłata pobrana _____ zł _____ gr

2021

Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

34