



RPW/255531/2021 P  
Data: 2021-12-23  
ID: 00890208327048

MINISTERSTWO ZDROWIA	
2021 -12- 23	
WZKZYNEŁO	
Dep. ....	Zal. ....

*RC*

WZÓR

Oświadczenie

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

(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 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):

**Boehringer Ingelheim Polska (Poland), Franciszka Klimczaka 1, 02-797 Warszawa**

.....  
.....

w dniu ...16.12.2021r..... w postaci honorarium za przygotowanie i wygłoszenie referatu „Postępowanie z pacjentami z udarem mózgu „ podczas VII Międzynarodowego Sympozjum Ratownictwa Medycznego i Medycyny Ratunkowej „Medycyna Ratunkowa i Ratownictwo Medyczne – wczoraj, dziś i jutro” w Grudziądzu w dn. 07-09.09.2021r....w kwocie 2554,00 zł netto.....

- .....
- .....
- 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, 2021-12-20

(miejscowość, data)

  
M. J. h. b. med. Jerzy Robert Kędny  
Specjalista chirurgii ogólnej,  
medycyny ratunkowej  
zdrowia publicznego  
tel. 502 448 363  
504 25 98

(podpis)