

## OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany(-na),..... **Krzysztof Bartosz**.....

Urodzony..... 3 ..... w ..... w .....

Zamieszkały ..... w ..... w .....

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(-łam) korzyść o wartości wyższej niż 380 zł od podmiotu:

- 1) wykonującego działalność leczniczą (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):  
**nie dotyczy**

.....  
.....  
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):

**Polpharma Biuro Handlowe Sp. z o.o.**

**ul. Bobrowiecka 6**

**00-728 Warszawa**

w dniu **26 kwietnia 2015r.** w postaci: **wynagrodzenia za przygotowanie i przeprowadzenie wykładu dla lekarzy rodzinnych z województw: świętokrzyskiego, lubelskiego, podkarpackiego i małopolskiego pt.: „Przyczyny, diagnostyka i leczenie zespołu jelita drażliwego”**

- 3) wykonującego działalność gospodarczą w zakresie doradztwa związanego z refundacją leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego): **nie dotyczy**

.....  
.....  
w dniu ..... w postaci  
.....

.....  
.....

- 4) wykonującego działalność ubezpieczeniową (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):  
**nie dotyczy**

.....  
.....  
.....

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): **nie dotyczy**

.....  
.....  
.....

w dniu ..... w postaci

.....  
.....  
.....

- 6) który jest wytwórcą, importerem, autoryzowanym przedstawicielem lub dystrybutorem wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego): **nie dotyczy**

.....  
.....  
.....

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): **nie dotyczy**

.....  
.....  
.....

w dniu ..... w postaci

.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....  
w dniu ..... w postaci  
.....  
.....  
.....

Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Kielce 25.03.2015 r.

.....  
(miejscowość, data)



Dr n. med. Krzysztof Bartosz

.....  
(podpis)