

29.1
(treść dekretacji umieszczona w dokumencie elektronicznym)

Dekretycja zgodna z dekretycją elektroniczną

dokonaną dnia 25.5.18 przez

CU systemie EKD

25/05/2018

ZACHODNIOPOMORSKI URZĄD WOJEWÓDZKI
W PŁYŃEŁO
Wydział Zdrówia Publicznego
2018-05-24
Nr
ilość
podpis

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a), **Lidia Ostanek**.

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

pokrycie kosztów uczestnictwa i zakwaterowania w XIV Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Szczecińsko-Poznańskie Spotkania Reumatologiczne w dniach: 10-12.05.2018.w Kołobrzegu.

- 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

Załącznik nr 2

do rozporządzenia Ministra Zdrowia

z dnia 5 września 2014 r.

w sprawie wzorów oświadczeń

składanych przez konsultantów

w ochronie zdrowia (Dz. U.

z 2014 r. poz.1207)

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 w postaci

.....

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

Szczecin 22.05.2018

(miejscowość, data)

.....
(podpis)