

ZACHODNIOPOMORSKI URZĄD WOJEWÓDZKI  
w Szczecinie  
**W PŁY N Ę Ł O**  
Wydział Zdrowia Publicznego  
**2018 -10- 04**  
Nr RPW/122681/2018  
ilość załączników ..... podpis dx

(treść dekrety i oświadczenia) .....  
**Dekretacja zgodna z dekretem** .....  
dokonana dnia 4.10.18 przez CL  
w systemie **SZD**

**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)

### Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a), EWA KŁOSIŃSKA  
(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 [signature]

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):

"NOVO NORDISK PHARMA" SPÓŁKA Z  
OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

w dniu 27-28.09.18r. w postaci uczestnictwa w konferencji  
"Immunologia w hemostazie"

- 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 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 04.12.2018*

(miejscowość, data)

KONSULTANT WOJEWÓDZKI  
dla obszaru województwa zachodniopomorskiego  
w dziedzinie transfuzjologii klinicznej

*Ewa Kłosińska*  
lek. Ewa Kłosińska  
(podpis)

