

2p. 8 / 04.
(treść dekretacji umieszczona na dokumencie elektronicznym)
Dekretacja zgodna z dekretacją elektroniczną

dokonaną dnia 28.5.18 przez

CV, w systemie EZ 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)



P. Anna Pawła
28/05/2018

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a), Hojciech, Piotr Lubinski
(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):

Fundacja „M. Przew. Rozwoju Nauki i Medycyny” ul. Nawoińska 38, 50-315 Wrocław (Fundacja organizuje, prowadzi i wspiera badania naukowe)
Prezes Zarządu: Aneta Trembała
w dniu w postaci Zmrot. kosztu uczestnictwa i podróży, zwrotu kosztów w spotkaniu Retina Meeting 2018 w Frankfurtie
otrzymałem 21.05.2018

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):

w dniu w postaci

- 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

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

w dniu w postaci

w dniu w postaci

.....

(podpis)

KONSULTANT WOJEWÓDZKI
w Dziedzinie Okulistyki
Województwa Zachodniopomorskiego

Prof. dr hab. n. med. Wojciech Lubiniński