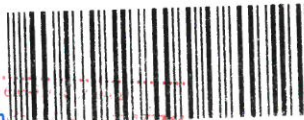


XPS-1.862.25.2018

2PS1



Deklaracja zgodna z deklaracją

dokonana dnia 3.12.18

RPW/151369/2018 P  
Data: 2018-12-03

ZACHODNIOPOMORSKI WZROD WOLNY ZKI  
w Szczecinie w systemie EZD  
Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej

03.12.2018

### Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a),

.....

(imiona i nazwisko)

### 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)

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):

ASTELLAS PHARMA Sp. z o.o.

w dniu 13.12.2018 w postaci sponsorowało udział w  
Konferencji: 11 sympozjum Postępy w immunosupresji  
w presterapii nowotworów urologicznych  
Krośno 13-15.12.2018  
opieka zdrowotna + hotel

- 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 .....

Szciech 13.12.2018  
(miejscowość, data)

*J. Kováčik*  
.....  
(podpis)