

WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCZNY-PIB

Kancelaria Ogólna

Nr

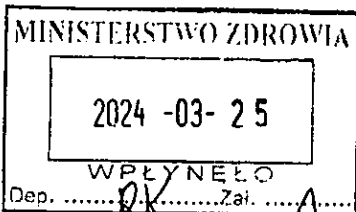
3590/24

z dnia

2024-03-20

04-141 Warszawa, ul. Szaserów 128

Warszawa, 19 marca 2024 roku



MINISTERSTWO ZDROWIA

ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa

Dotyczy: przesłania oświadczenia do Ministra Zdrowia



RPW/64399/2024 P  
Data: 2024-03-25  
ID: 00890213240417

W związku z powołaniem do pełnienia funkcji Konsultanta Krajowego ds. Obronności w dziedzinie medycyny – choroby wewnętrzne przesyłam oświadczenie stanowiące 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).

Zał. 1 na 3 str.

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a), **GRZEGORZ GIELERAK**

(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 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):

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):

- UNUM Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji SA – 5200 zł

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.

Warszawa, 20.03.2024 r.  
(miejscowość, data)

Konsultant Krajowy ds. Obronności  
w dziedzinie medycyny chorób wewnętrzne  
gen. bron. prof. dr hab. n. med. Grzegorz GIELERAK  
(podpis)

WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCZNY  
PAŃSTWOWY INSTYTUT BADAWCZY  
04-141 Warszawa 44, ul. Szaserów 128  
Regon: 015294487; NIP 113-23-93-221

L.dz. 3580/24

**POLECONY**

Ministerstwo Zdrowia  
ul. Wiodowa 15  
00-952 Warszawa



OPŁATA POCZTOWA  
TAXE PERQUE POLOGNE  
Umowa nr 7113/224189/SMat  
z Poczta Polska S.A. z 09.05.2022 r.  
Nadano w UP Warszawa 44

(00)459007734869547305



(00)459007734869547305

(00)459007734869547305

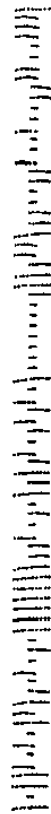


Poczta Polska

Opłata pobrana \_\_\_\_\_ zł \_\_\_\_\_ gr

2023

R



9