



gen. broni prof. dr hab. n. med. Grzegorz GIELERAK
Konsultant krajowy ds. obronności w dziedzinie medycyny – choroby wewnętrzne

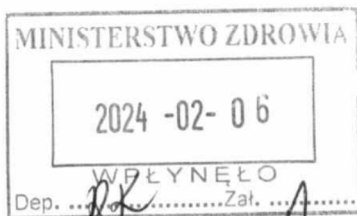
WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCZNY-PIB

Kancelaria Ogólna

Nr 1504124

z dnia 2024 -02- 02
04-141 Warszawa, ul. Szaserów 128

Warszawa, 01 luty 2024 roku



MINISTERSTWO ZDROWIA

ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa



RPW/18906/2024 P
Data: 2024-02-06
ID: 00890212950026

Dotyczy: przesłania oświadczenia do Ministerstwa Zdrowia.

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.

Konsultant Krajowy ds. Obronności
w dziedzinie medycyny-choroby wewnętrzne
gen. broni prof. dr hab. n. med. Grzegorz GIELERAK

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

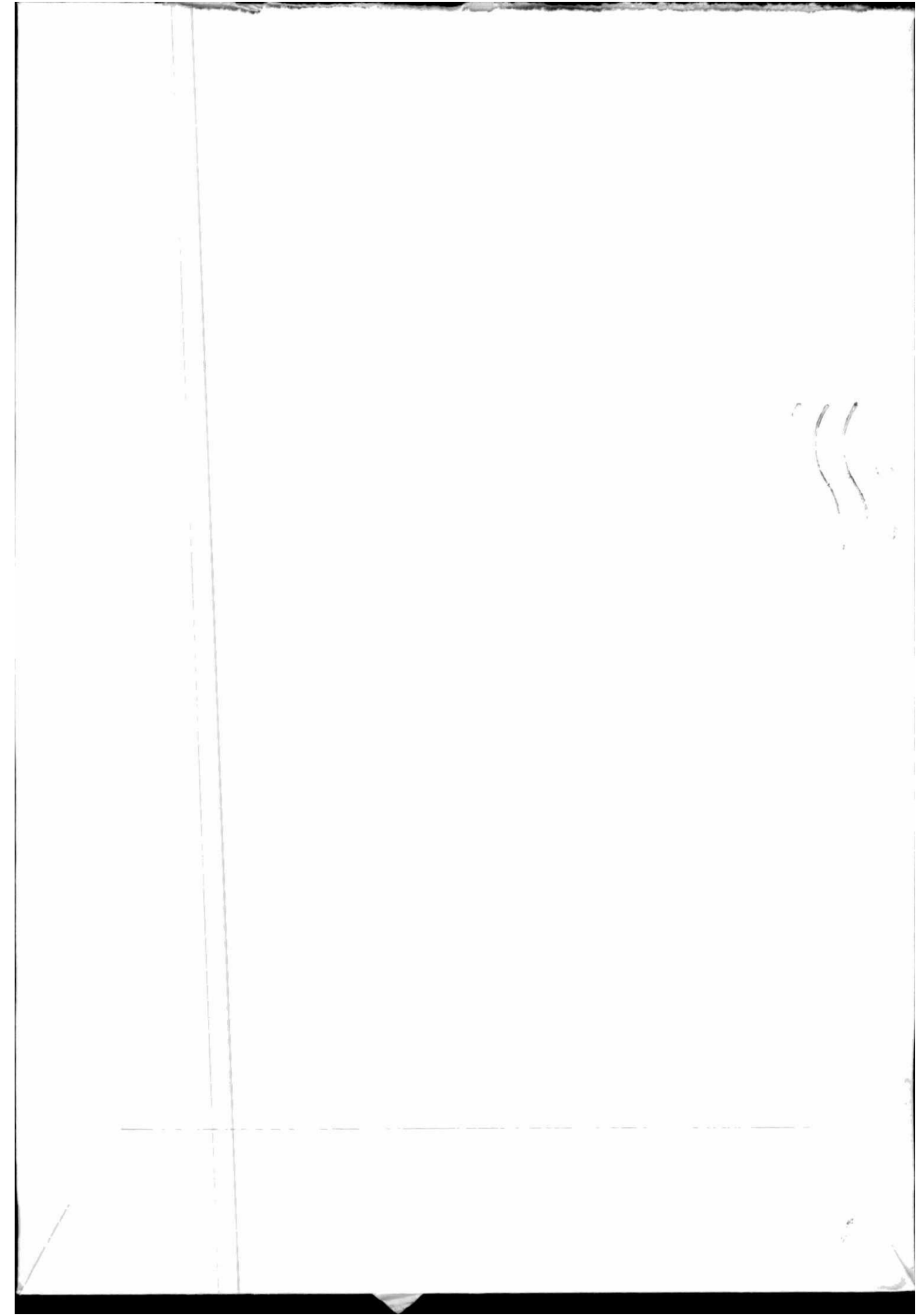
Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Warszawa, 30.01.2024 r.
(miejscowość, data)

Konsultant Krajowy ds. Obranności
w dziedzinie medycyny choroby wewnętrzne

gen. broni prof. dr hab. n. med. Grzegorz GIELERA

(podpis)



HOJSKOWY INSTYTUT MEDYCZNY
ANSTWOWY INSTYTUT BADAWCZY
4-141 Warszawa 44, ul. Szaserów 128
egon: 015294487; NIP 113-23-93-221

2. dz. 1504/24

POLECONY

Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

OPŁATA POBRAWA
TAXE PERCUE - POLOGNE
Uregowa NF WIM/22/0-186/SMat
z Poczta Polska S.A. z 05-05-2022 r.
Nadano w OF Warszawa 44

02 02 20-24



R

2023

Poczta Polska
Opłata pobrana
ZŁ

55