



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

WOJSKOWY INSTYTUT MEDYCZNY-PIB

Kancelaria Ogólna

Nr

11803/23

z dnia

2023-10-20

04-141 Warszawa, ul. Szaserów 128

Warszawa, 19 października 2023 roku



RPLW/174316/2023 P

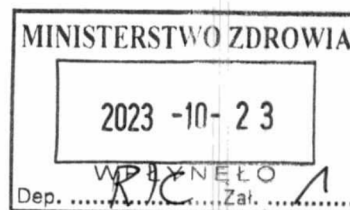
Data: 2023-10-23

ID: 00890212310077

MINISTERSTWO ZDROWIA

ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa

Dotyczy: przesłania oświadczenia do Ministra 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 współnikiem 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, 19.10.2023 r.  
(miejscowość, data)

Konsultant Krajowy ds. Obronności  
w dziedzinie medycyny choroby wewnętrzne  
gen. broni 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. 11803/23

**POLECONY**

**PRIORYTET**



**OPŁATA POBRANA**  
**TAXE PERÇUE - POLOGNE**  
Umowa Nr WIM/22/0186/SMat  
z Poczta Polska S.A. z 09.05.2022 r.  
Nadano w UP Warszawa 44

Ministerstwo Zdrowia  
ul. Miodowa 15  
00-952 Warszawa

R

(00)459007734126537063



5702

2023

Poczta Polska
Opłata pobrana _____ zł _____ gr