



RPU/112206/2024 P  
Data: 2024-06-26  
ID: 00890213779656

Załącznik nr 2

WZÓR

Oświadczenie

*Ewa Kadohna*

Ja, niżej podpisany(a), .....

(imię 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, pcz. 419, z późn. zm.) oświadczam, że uzyskałem(am) korzyść o wartości wyższej niż 412,06 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):  
.....  
.....  
.....  
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 .....

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):

- 1) Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego za realizację zajęć dydaktycznych w dniu 31 maja br. w kwocie 600 zł brutto (adres uczelni: Warszawa, ul. Włocławiecka 1/3)
- 2) Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w dniu 10.06.2024r. za realizację zajęć dydaktycznych, w kwocie brutto 2160 zł (adres uczelni: ul. Żelazna 17, Warszawa)
- 3) Akademii Nauk Hosonowych, ul. Solotowskie 160 Siedlce, za realizację zajęć dydaktycznych, w dniu 10.06.2024r. w kwocie 2010 zł brutto.

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

Warszawa 20.06.2024r.  
(miejscowość, data)

Ewa Kędzalska  
(podpis)

Wzrost Ewa Kępczewska  
Klinika Genetyki WIGR  
ul. Spawalnictwa 1  
02-637 Warszawa

Sz. P.  
Agneta Kowalska  
Departament Rozwoju Kadr Medycznych  
Ministerstwo Zdrowia  
ul. Miłobłowa 15  
00-952 Warszawa

PRIORYTET

