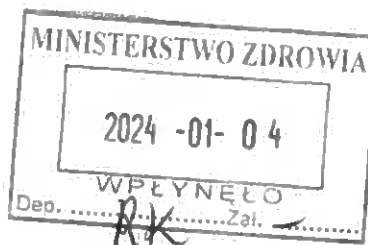




RPU/1203/2024 P  
Data: 2024-01-04  
ID: 00890212756610



Załącznik nr 2

### WZÓR

#### Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a), Ewa Jagodak

(imiona i nazwisko)

urodzony(a) 12.01.1967r w Olsztynie

zamieszkały(a) w 05-077 Warszawa, Al. Mam. J. Piłsudskiego 35C

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 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 udział 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) Wymiarowego Uniwersytetu Medycznego, w dniu 13.12.2023r., w wysokości 2880 zł brutto, tytułem wynagrodzenia za zajęcia dydaktyczne ze studentami
- 2) Między innymi Nauki Stosowanych, w dniu 11.12.2023r., w wysokości 1596 zł brutto, tytułem wynagrodzenia za zajęcia dydaktyczne ze studentami
- 3) Fundacji Klasa Kobiet, w dniu 20.12.2023r., w wysokości 200 zł, za przeprowadzenie szkolenia w zakresie opieki pielęgniarskiej

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

Wamonie 27.12.2023r.  
(miejscowość, data)

Ewa Jędralska  
(podpis)



mgr: mgr Kowalska

Narodowy Instytut Geriatrii,  
Reumatologii i Rehabilitacji,  
Klinika i Poliklinika Geriatrii  
ul. Spartańska 1, 02-637 Warszawa

PRIORYTET



Sz. P.

Agata Kowalska

Departament Rozwoju Kadr Medycznych

Ministerstwo Zdrowia

ul. Miodowa 15

00-852 Warszawa