Załącznik nr 2

WZÓR

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a), Marek Rękas

(imiona i nazwisko)

urodzony(a) 18.02.1967 w Puławach

zamieszkały(a) w 04-891 Warszawa, ul. Rejowiecka 13

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 380 zł od podmiotu:

1) wykonującego działalność leczniczą (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

.....

.....

.....

w dniu ..... w postaci .....

.....

nie dotyczy

.....

.....

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 .....

.....

.....

nie dotyczy

.....

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 .....

.....

nie dotyczy

.....

.....

4) wykonującego działalność ubezpieczeniową (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

.....

.....

.....

w dniu ..... w postaci .....

.....

nie dotyczy

.....

.....

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 .....

.....

nie dotyczy

.....

.....

6) który jest wytwórcą, importerem, autoryzowanym przedstawicielem lub dystrybutorem wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

.....

Thea Polska Sp. z o.o. ul. Cicha 7, 00-353 Warszawa

.....

.....

w dniu 7-11.09.2023 ..... w postaci .....

.....Fee zjazd ESCRS Wiedeń 756 Euro.....

.....

Nocleg 7-11.09.2023 4 x doby 324.25 = 1297euro

.....

BILET lotniczy 1 453,12 zł

PODPIS ZAUFANY

MAREK
RĘKAS
19.09.2023 20:47:36 [GMT+2]
Dokument podpisany elektronicznie
podpisem zaufanym