

MINISTERSTWO ZDROWIA

2022 -06- 03

WZRYNĘŁO

Dep. ....Zal. ....



RPW/103262/2022 P  
Data: 2022-06-03  
ID: 00890209442863



## WZÓR

## Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a), .....

JOHANNA NARBUŃ

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 388,74 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):

UCB (Vedim Sp. z o.o.)

.....  
 .....

w dniu 26-27.05.22 w postaci udziału w wydarzeniu "Bimelizumab - nowy standard leczenia Trzaski" w Warszawie  
 4 dni od 26-27.05.22; zakwaterowanie w poniedziałek

- 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 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.

forle 31.05.22  
.....  
(miejscowość, data)

pan Maltz  
.....  
(podpis)

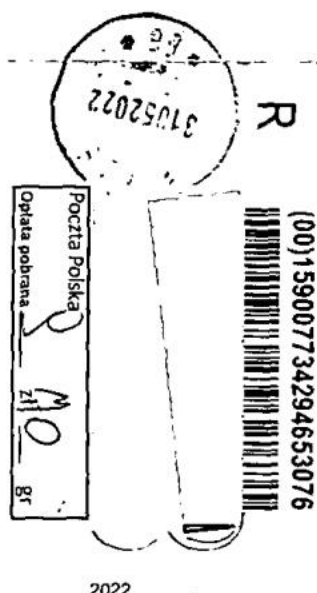




Wojewódzki Specjalistyczny Szpital  
im. dr. Wł. Biegańskiego  
ul. Królówieczyńska 1/5, 91-347 Łódź  
PODDODZIAŁ DERMATOLOGII DLA DOROSŁYCH  
Regon 471219736-00035, NIP 726-22-34-808  
tel. 42 251 62 41 (2)  
051/110016/03/010/20  
KODY: I-4501, V-01, VII-008, VIII-4200

ZPO

13 1 -05- 2022



Międzyzdroje  
Departament Nacelnik i Admistracji  
ul. Miłostwa 15  
00-952 Warszawa

---

23554

0 7

---

Wyprodukowano w 2021 roku. Termin trwałość kleju 2 lata.

---