

φ. Wier. P. Kuczyński  
26.01.15

URZĄD WOJEWÓDZKI  
w Bydgoszczy  
WYDZIAŁ ZDROWIA

Wpłynęło

2015-01-26

2-5259

Oświadczenie

Nr

KUJAWSKO-POMORSKI URZĄD WOJEWÓDZKI w Bydgoszczy Biuro Kadrowo-Organizacyjne
Wpłynęło: 23.01.2015
KANCELARIA OGÓLNA
Podpis: RUCZ 10458

Ja, niżej podpisany(-na),  
Sylvia Maria Kołtan

(imiona i nazwisko)

urodzony(-na)  
zamieszkały(-ła)

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(-łam) korzyść o wartości wyższej niż 380 zł od podmiotu:

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

**Nie.**

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):

**Tak.**

w dniach **15.01.2015 r. – 16.01.2015 r.** w postaci **uczestnictwa i wykładu sponsorowanego przez firmę CSL Behring sp. z o.o. Wykład wygłosiłam w Zakopanem w ramach II Zakopiańskich Warsztatów Immunologicznych. W ramach wykładu nie promowałam żadnego produktu leczniczego. Od uzyskanej korzyści zostanie odprowadzony wymagany podatek.**

- 3) wykonującego działalność gospodarczą w zakresie doradztwa związanego z refundacją leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

**Nie.**

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

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

**Nie.**

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):

**Nie.**

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

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

.....

Rejestracja pisma KANC



AAA328903

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):

**Nie.**

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):

**Nie.**

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

Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Bydgoszcz 21.01.2015  
.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis)