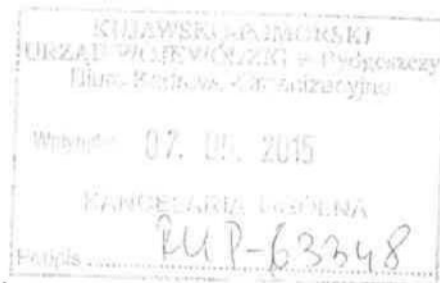


## Oświadczenie



Ja, niżej podpisany(-na),  
Sylwia 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 dniu **25.04.2015 r.** w postaci wykładu sponsorowanego przez firmę **Baxter sp. z o.o. dla pacjentów w ramach kampanii „Postaw na odporność”**. W trakcie wykładu pt. **„Wiosenny poradnik immunologa”** przekazywałam treści edukacyjne, ważne dla chorych z pierwotnymi niedoborami odporności i ich opiekunów. Nie reklamowałam żadnych leków. 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):

.....

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 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):

**Nie.**

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

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

*Kujawski 6 05.2015*  
.....  
(miejscowość, data)

Konsultant wojewódzki  
w dziedzinie immunologii klinicznej  
dla województwa kujawsko-pomorskiego

*[Signature]*  
.....  
dr hab. n. med. *Sylvia Kotten*  
(podpis)