

KUJAWSKO-POMORSKI  
URZĄD WOJEWÓDZKI w Bydgoszczy  
Biuro Kadrowo-Organizacyjne

Wpłynęło: 18. 09. 2015

KANCELARIA OGÓLNA

Podpis: [Podpis]

2015-09-21

WZ-6-3591-2015

### Oświadczenie

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

(imiona i nazwisko)

urodzony(-n

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 uzyskałam(-am) 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 sierpniu 2015 r. konsultowałam merytorycznie treści na stronę internetową kampanii „Postaw na odporność”. Aktywność ta była sponsorowana przez firmę Baxter sp. z o.o. W materiałach, które konsultowałam zawarte były 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 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.

16.09.2015 Bydgoszcz  
.....  
(miejscowość, data)