



Załącznik nr 2

WZÓR

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a),Jerzy Robert
Ładny.....



/62527/2023 P
a: 2023-03-27
00890211144170

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

.....
.....
.....
.....
.....

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):

AstraZeneca Pharma Poland Sp. z o.o.

ul. Postępu 14,

02-676 Warszawa

w dniu 21.03.2023 r. w postaci 6700,00 PLN brutto, 5454,00 PLN netto

za aktywny udział w zebraniu Komitetu Doradczego Ondexxa (10.03.23) oraz udział w dyskusji prowadzonej podczas spotkania. Cel - wypracowanie wiedzy i świadomości z zakresu leczenia pacjentów z zagrażającym życiu krwawieniem po ksabanach- andeksanetem alfa.

.....
.....
.....

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.

Białystok, 2023-03-22

.....
.....
(miejscowość, data)

prof. dr hab. n. med. Jerzy Robert Ładny

KONSULTANT KRAJOWY
ds. MEDYCyny RATUNKOWEJ

(podpis)

UNIwersytecki Szpital Kliniczny
w Białymstoku
I KLINIKA CHIRURGII OGÓLNEJ
I ENDOKRYNOLOGICZNEJ
ul. M. Skłodowskiej-Curie 24A, 15-276 Białystok
tel. 85 831-88-72, tel./fax 85 831-88-20
NIP 642-25-34-986, REGON 000288610

OPLATA POBRANA
TAXE PERÇUE-POLOGNE
Umowa nr 200/HH/D/05 (CP RFI1-1)
z Poczta Polska S.A. z dnia 20.12.2005 r.
Nadano w PP Białystok B102

POLECONY



R

(00)359007734227241701



(00)359007734227241701

(00)359007734227241701



Poczta Polska

Opłata pobrana _____ zł _____ gr

2022

Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa