

Oświadczenie

Tomasz Arłukowicz

Ja, niżej podpisany(-na),
(imiona i nazwisko)

urodzony(-na) w

zamieszkały(-ła) w

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):

.....
Klinika Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii z Pododdziałem Leczenia Nieswoistych Chorób Zapalnych Jel:
Organizator, przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego
Prof.dr.hab. Grazyna Rydzewska, sponsorzy: Alvogen, Takeda, Abbvie, Ferring Ph, Alfa Wassermann, SanProbi,
Noviere, Nutricia.
.....

w dniu 02-03.10, 2015 w postaci udziału w szkoleniu:
Zakopiańskie Dni Jelitowe
.....
.....
.....

- 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):

.....nie dotyczy.....
.....
.....
.....

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 dotyczy

.....
.....
.....
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 dotyczy

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

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

Olsztyn, 12/10/2015

.....
(miejscowość, data)

KONSULTANT WOJEWÓDZKI
d/s GASTROENTEROLOGII


dr n. med. Tomasz Artukowicz

.....
(podpis)