

6

WPS-1.562.24 2023(k.p.)



RPW/157424/2023  
Data: 2023-09-27

WPS-1

(treść dekretacji umieszczanej na ... i w formie elektronicznej)

Dekretacja zgodna z dekretem elektronicznym

dokonany dnia

18.09.23

Załącznik nr 12

do rozporządzenia Ministra Zdrowia

z dnia 5 września 2014 r.

w sprawie wzorów oświadczeń

składanych przez konsultantów

w ochronie zdrowia (Dz. U.

z 2014 r. poz.1207)

### Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a),

*Grzegorz Bożonukiewicz - Bąkiewicz*

(imiona i nazwisko)

ZACHODNIOPOMORSKI URZĄD WOJEWÓDZKI  
w Szczecinie  
Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej

..... podpis .....

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):

*Hollergaues Green*

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

w dniu *2.1-23.09.2023* w postaci *pokrycie kosztów zakupu leków*

*pokrycie kosztów podróży wyżywienie podniesienie*  
*honorarium: Hollergaues Green Sp. z o.o. i P. Bąkiewicz*

- 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.

Skcaen 25-09-2023  
(miejscowość, data)

Paromleashne  
(podpis)