

5

WZPS-1.862.48 2023(k.p.)

## Załącznik nr 2

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)

WZPS-1 B. Kamińska

(trochę dekretacji) Dekretacja eg. dnia 20.11.23

deklaracja dnia

20.11.23

YK

## Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a), **Elżbieta Gadowska**  
(imiona i nazwisko)

ZACHODNIOPOMORSKI URZĄD WOJEWÓDZKI  
w Szczecinie  
Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej  
29.11.2023  
Nr 135187  
Ilość załączników ..... 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):

Roche Polska Sp.z o.o. 02-672 Warszawa ul. Domaniewska 28

w dniu 24.11.20r w postaci:

**udział w kursie medycznym (opłata rejestracyjna, nocleg)**

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.

.....Szczecin 27.11.2023.....  
(miejscowość, data) (podpis)

