

W2PS-1 B. Kowalska
(treść dekretacji ułożonej na ... adreście elektronicznym)
Dekretacja zgodna z dekretacją elektroniczną

dokonywana dnia 31.10.23 przez

Załącznik nr 2

do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 5 września 2014 r.
w sprawie wzorów oświadczeń
składanych przez konsultantów

ZACHODNIOPOMORSKI WÓJCI
w ochronie zdrowia (Dz. U. WÓJCI
w Sz. 2014 r. poz. 1207)
Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej
RPW/177877/2023
31.10.2023
Nr
Ilość załączników podpis

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a),

Leszek Andrzej Domoniski

(imiona i nazwisko)

urodzony(a) 09.11.1964 w KRAKOWIE

zamieszkały(a) w 72-003 DOBZA UL. ZIELONA POLINA 4

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):

Boehringer Ingelheim Sp. z o.o.
ul. Dzielbńskiego 3. 00-728 WARSZAWA

w dniu 23.10.2023 w postaci

POZYCZKA I WYKONANIE WYKŁADU : "PACJENT

Z PCHN - UCZENIE SGLT2 W KONTEKście WIECZOROWYCH

W TRAKCIE SPOTKANIA BUSPERTOW 23.10.2023

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.

24.10.2023 SZCZECIN
.....
(miejscowość, data)

.....
.....
(podpis)

