

*P.M. Payzdek*  
*Chodź 22.02.191.*

## Konsultant Krajowy w dziedzinie hematologii

*Prof. dr hab. n. med. Ewa Lech-Marańda*

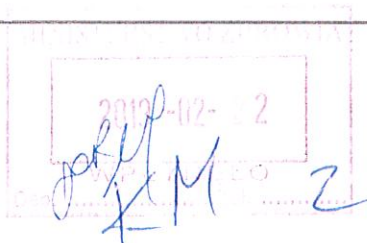
Adres: Instytut Hematologii i Transfuzjologii

Ul. Indiry Gandhi 14, 02-776 Warszawa

Telefon: 22 3496176; Fax: 22 3496178; E-mail: emaranda@ihit.waw.pl

KKH.26.2019

Warszawa, 22.02.2019



RPW/27091/2019 P  
Data: 2019-02-22  
ID: 00890203881283

Szanowna Pani

Aneta Gałęcka-Rulak

Starszy Specjalista

Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego

Ministerstwo Zdrowia

ul. Miodowa 15

00-952 Warszawa



Szanowna Pani,

W załączeniu przesyłam oświadczenie (załącznik nr 1 i 2) zgodnie z ustawą z dnia 06.11.2008 o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 Nr 52, poz. 419 z późn. zm).

Z poważaniem

KONSULTANT KRAJOWY

*Prof. dr hab. n. med. Ewa Lech-Marańda*

## Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a), Ewa Lech-Marańda .....

(imiona i nazwisko)

.....

.....

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. – 15.02.2019 (umowa z dnia 07.01.2019)

.....

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.

Wawers, 22.02.2019

.....  
(miejscowość, data)

Gene Lech-Kuciora

.....  
(podpis)