

RPW/133793/2024 P
Data: 2024-08-12
ID: 00890214047285

Załącznik nr 2

WZÓR

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a),Jerzy Robert Ładny

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):

TAKEDA PHARMA Sp. z o.o., Prosta 68, 00-838 Warszawa

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

w dniu 01.08.2024r. w postaci ...4230,00 PLN netto z tytułu umowy o dzieło – stworzenia i nagrania video materiału edukacyjnego - wykładu w dniu 19.06.2024r. pt. Kiedy podejrzewać HAE u pacjenta na SOR

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

- 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.

Białystok, 05.08.2024r.

.....
(miejscowość, data)

prof. dr hab. n. med. Jerzy Robert Ładny


KONSULTANT KRAJOWY
ds. MEDYCYNY RATUNKOWEJ

.....
(podpis)

UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY
W DLAŹNOSTOKU
SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY
ul. M. Skłodowskiej-Curie 34A, 15-276 Białystok
tel. 68 631-86-83
REGON 600288610

0502 Amb
000208610

OPŁATA POBRANA
TAXE PERÇUE-POLOGNE
Umowa nr 200/JH/B/05 (CP RH1-1)
z Poczta Polska S.A. z dnia 20.12.2005
Nadano w PP Białystok B102

POLECON

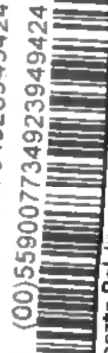


Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15,
00-952 WARSZAWA

(00)559007734923949424



(00)559007734923949424



Poczta Polska

Oplata pobrana _____ zł _____ gr _____

2024

5