

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):

Astra Zeneca Poland, Postępu 14, 02-676,

Warszawa.....

.....
w dniu16.07.2024r..... w postaci ...8140,00 PLN netto z tytułu dwóch umów o dzieło – stworzenia i wygłoszenie wykładu pt.: **Kwalifikacja pacjenta z krwawieniem zagrażającym życiu po ksabanach w szpitalnym oddziale ratunkowym (pierwsza umowa) i udział w posiedzeniu naukowo-szkoleniowym oraz udział w nagraniu filmu edukacyjnego na powyższy temat (druga umowa o dzieło)**

.....
.....
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

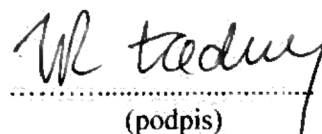
8) będącego współnikiem lub partnerem spółki handlowej lub stroną umowy spółki cywilnej wykonującej działalność, o której mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

w dniu w postaci

Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Białystok, 18.07.2024r.

(miejscowość, data)


(podpis)

UNIWERSYTET MEDYCZNY
w Białymstoku
15-089 Białystok, ul. Jana Kilńskiego 1
tel. 85 748 54 00, fax 85 748 54 16
REGON 000288604, NIP 542.021.17.17

R

(00)459007734011424270



OPŁATA POBRANA

TAXE PERÇUE - POLOGNE

Umowa z Poczta Polska S.A. ID Nr 483430/B

2023

POLECONY

| | | | |
|---------------|----------------|----|----|
| Poczta Polska | Opłata pobrana | zł | gr |
|---------------|----------------|----|----|

PRIORITET
PRIORITAIRE



Oświadczenie konsultanta
Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

143714