

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):
.....
.....
.....

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): Exeltis Poland Sp. z o.o., ul. Szamocka 8, 01-748 Warszawa w dniu03.10.2024r..... w postaci ...4700,00 PLN netto za przygotowanie i przedstawienie wykładu pt.: „Midazolam dopoliczkowy” - lek ratunkowy z wyboru w leczeniu przedłużonych napadów drgawkowych i stanu padaczkowego podczas XXI Mistrzostw Polski w Ratownictwie Medycznym w Zawierciu w dniu 18 września 2024r.....
.....
.....
.....
.....

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



.....
.....
.....
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, 07.10.2024r.

.....
(miejscowość, data)

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

KONSULTANT KRAJOWY
ds. MEDYCYNY RATUNKOWEJ
.....
(podpis)

Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku
Szpital Uniwersytecki

SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY
ul. Marii Skłodowskiej-Curie 24A, 15-276 Białystok
tel. 85 831 88 83, sor-usk@uskwb.pl
NIP 5422634885 REGON 000288810

0000 0001 8587-01-024-4902

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

POLECONY



Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 WARSZAWA

(00)559007734881229736



(00)559007734881229736

(00)559007734881229736



Poczta Polska

Opłata pobrana _____ zł _____ gr

2024

R

00