



RPIW/122982/2025 P
Data: 2025-08-14
ID: 00890216469428

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):

AstraZeneca Pharma Poland sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Postępu 14, 02-676
Warszawa.....

w dniu ...05.08.2025r..... w postaci4074,55 (cztery tysiące
siedemdziesiąt cztery złote i 55/100) PLN netto za przygotowanie materiałów i danych
przedstawionych podczas **Advisory Board: Diagnostyka TMA na SOR, które odbyło się
13.05.2025 r. w Łodzi**.....

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, 06.08.2025r.

.....
.....
(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
 Marii Skłodowskiej-Curie 24A, 15-276 Białystok
 tel. 85 831 86 83, sor-usk@uskwb.pl
 000000018587-01-024-4902
 NIP 5422534985 REGON 000288610

808 9113
 20

OPLATA
 TAXE PER
 MS (CP RH1-1)
 2012-11-17
 5102

POLECONY



R



Ministerstwo Zdrowia
 ul. Miodowa 15
 00-952 Warszawa

20