

Załącznik nr 2

WZÓR

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a),Jerzy Robert Ładny

.....

(imiona i nazwisko)



RPW/77300/2025 P
Data: 2025-05-13
ID: 00890215825291

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 ...06.05..2025r..... w postaci4300,00 (cztery tysiące trzysta 00/100) PLN brutto, 3500,00 PLN (trzy tysiące pięćset 00/100 netto) za przygotowanie merytoryczne i udział w panelu dyskusyjnym na temat diagnostyki mikroangiopatii zakrzepowych w szpitalnych oddziałach ratunkowych podczas Międzynarodowego Kongresu Medycyny Ratunkowej CEEM 2025 w Łodzi 10-13.04.2025 w dniu 12 kwietnia 2025r.

.....

.....

.....

.....

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

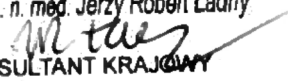
.....
.....
.....
.....
.....
8) będącego wspólnikiem lub partnerem spółki handlowej lub stroną umowy spółki cywilnej
wykonującej działalność, o której mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

.....
.....
w dniu w postaci

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

Białystok, 07.05.2025r.

.....
.....
(miejscowość, data)

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

KONSULTANT KRAJOWY
ds. MEDYCyny RATUNKOWEJ

(podpis)

Szpital Uniwersytecki
SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY
ul. Marii Skłodowskiej-Curie 24A, 15-276 Białystok
tel. 85 831 86 83, e-mail: or-usk@uskwb.pl
0000000185907734459245961
NIP 5422534985 REGON 000288610

SOR AMB

R

(00)859007734459245961



(00)859007734459245961

(00)859007734459245961



Poczta Polska

Opłata pobrana _____ zł _____ gr

2025

23

UFRANCIR
TAXE PERÇUE-POLOGN
Umowa nr 200/HH/B/05 (CP RH1)
z Poczta Polska S.A. z dnia 20.12.200
Nadano w PP Białystok B1c

POLECONY



Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa