

MINISTERSTWO ZDROWIA

2025 -05- 20

WPŁYNĘŁO

Dep. ....Zał. ....

*[Handwritten signature]*



RPU/80833/2025 P  
Data: 2025-05-20  
ID: 00890215868752

WZÓR

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a), .....Jerzy Robert Ładny

.....

(imiona i nazwisko)

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 ...14.05..2025r..... w postaci .....5000,00 (pięć tysięcy i 00/100)  
PLN brutto tj. 4070,00 PLN netto (cztery tysiące siedemdziesiąt i 00/100 ) za  
przygotowanie i wygłoszenie wykładu pt.: Eligibility for treatment with Ondexxa in patients  
taking apixaban or rivaroxaban who have had life-threatening bleeding (pol. Kwalifikacja do  
leczenia preparatem Ondexxa pacjentów przyjmujących apiksaban lub rywaroksaban, u  
których wystąpiło krwawienie zagrażające życiu) 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 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, 16.05.2025r.

.....  
.....  
(miejscowość, data)

prof. dr hab. n. med. Jerzy Robert Ładny  
  
KONSULTANT KRAJOWY  
ds. MEDYCYNY RATUNKOWEJ  
(podpis)

Uniwersytecki Szpital im. Marii Skłodowskiej-Curie

Szpital Uniwersytecki

SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY

ul. Marii Skłodowskiej-Curie 24A, 15-276 Białystok

tel. 85 831 85 83, [soi-usk@uskwb.pl](mailto:soi-usk@uskwb.pl)

000000018587-01-024-4902

NIP: 5422534985 REGON 000288610

0308 AMB

OPLATA POBRANA  
TAXE PERÇUE-POLC  
Unieważnia art. 240(HH/B)05 (CP F 1-1)  
z Poczty Polskiej S.A. z dnia 20.12.2012 r.  
Nadano w PP Białystok B102

POLECONY



R

(00)859007734459259012



(00)859007734459259012

(00)859007734459259012



Poczta Polska

Opłata pobrana \_\_\_\_\_ zł \_\_\_\_\_ gr

Ministerstwo Zdrowia  
ul. Miodowa 15  
00-952 Warszawa

19

