

RPU/111042/2024 P  
Data: 2024-06-24  
ID: 80890213763222

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 dniu .....12.06.2024r..... w postaci ...5132,00 PLN netto z tytułu umowy o dzieło – stworzenia Karty pacjenta z krwawieniem zagrażającym życiu do stosowania w placówkach medycznych posiadających szpitalne oddziały ratunkowe i izby przyjęć.....  
.....  
.....  
.....

- 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, 17.06.2024r.

.....  
(miejscowość, data)

prof. dr hab. med. Jerzy Robert Ładny  
  
KONSULTANT KRAJOWY  
ds. MEDYCYNY RATUNKOWEJ

.....  
(podpis)

UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY  
W BIAŁYMSTOKU  
SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY  
ul. M. Skłodowskiej-Curie 24A, 15-276 Białystok  
tel. 85 831-86-83  
REGON 600288610

UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY  
W BIAŁYMSTOKU  
SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY  
ul. M. Skłodowskiej-Curie 24A, 15-276 Białystok  
tel. 85 831-86-83  
REGON 600288610

(00)559007734925638920



(00)559007734925638920

(00)559007734925638920

(00)559007734925638920

Poczta Polska  
Opłata pobrana \_\_\_\_\_ zł \_\_\_\_\_ gr

2024

R

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 P.P. Białystok P.102

POLECONY  
POLECO



POLECO

Ministerstwo Zdrowia

ul. Miodowa 15

00-952 WARSZAWA