



Załącznik nr 2

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):

Berlin-Chemie / Menarini Polska Sp. z o.o. , Słomińskiego 4, 00-204

Warszawa.....

.....

w dniu30.08.2024r.- 02.09.2024r ... w postaci ...pokrycia kosztów podróży i uczestnictwa w Kongresie Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego w Londynie. 30.08.2024r.- 02.09.2024r koszt noclegu - 1 211,94 zł netto /1 dobę (3 doby: 3 365,82 zł netto), fee - 4 117 zł netto, opłata za bilet Warszawa-Londyn-Warszawa 1 620 zł netto, razem: 9102,82 netto.

.....
.....
.....

- 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, 09.09.2024r.

.....
(miejscowość, data)

prof. dr hab. n. med. Jerzy Robert Ładny
W. 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 86 83, sor-usk@uskwb.pl

000000018587-01-024-4902

NIP 5422534985 REGON 000288610

DSORA AMB

OPLATA POBRANA
TAXE PERQUE-POLOCHE
Umowa nr 2003/HH/B/05 (CP R
z Poczta Polska, S.A. z dnia 20.12
Nadano w pp Białystok

POLECONY



*Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa*

R

(00)559007734881318607



(00)559007734881318607

(00)559007734881318607



Poczta Polska

Opłata pobrana _____ zł _____ gr

