

WZÓR

Oświadczenie

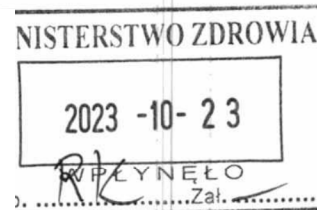
Ja, niżej podpisany(a),Jerzy Robert

Ładny.....

(imiona i nazwisko)



RPW/174337/2023 P
Data: 2023-10-23
ID: 00890212310127



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.

ul. Postępu 14,

02-676 Warszawa

w dniu 12.10.2023 r. w postaci 9700,00 PLN brutto, 7896,00 PLN netto

za przygotowanie wykładu Pacjent leczony DOAC z zagrażającym życiu krwawieniem - andeksanet alfa (ONDEXXYA) - jedyne antidotum dla rywaroksabanu i apiksabanem już dostępne! i wygłoszeniu podczas Międzynarodowego Kongresu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w Poznaniu 28-30.09 2023 oraz moderowanie dyskusji prowadzonej podczas Kongresu. Cel - wypracowanie wiedzy i świadomości z zakresu leczenia pacjentów z zagrażającym życiu krwawieniem po ksabanach- andeksanetem alfa.

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.

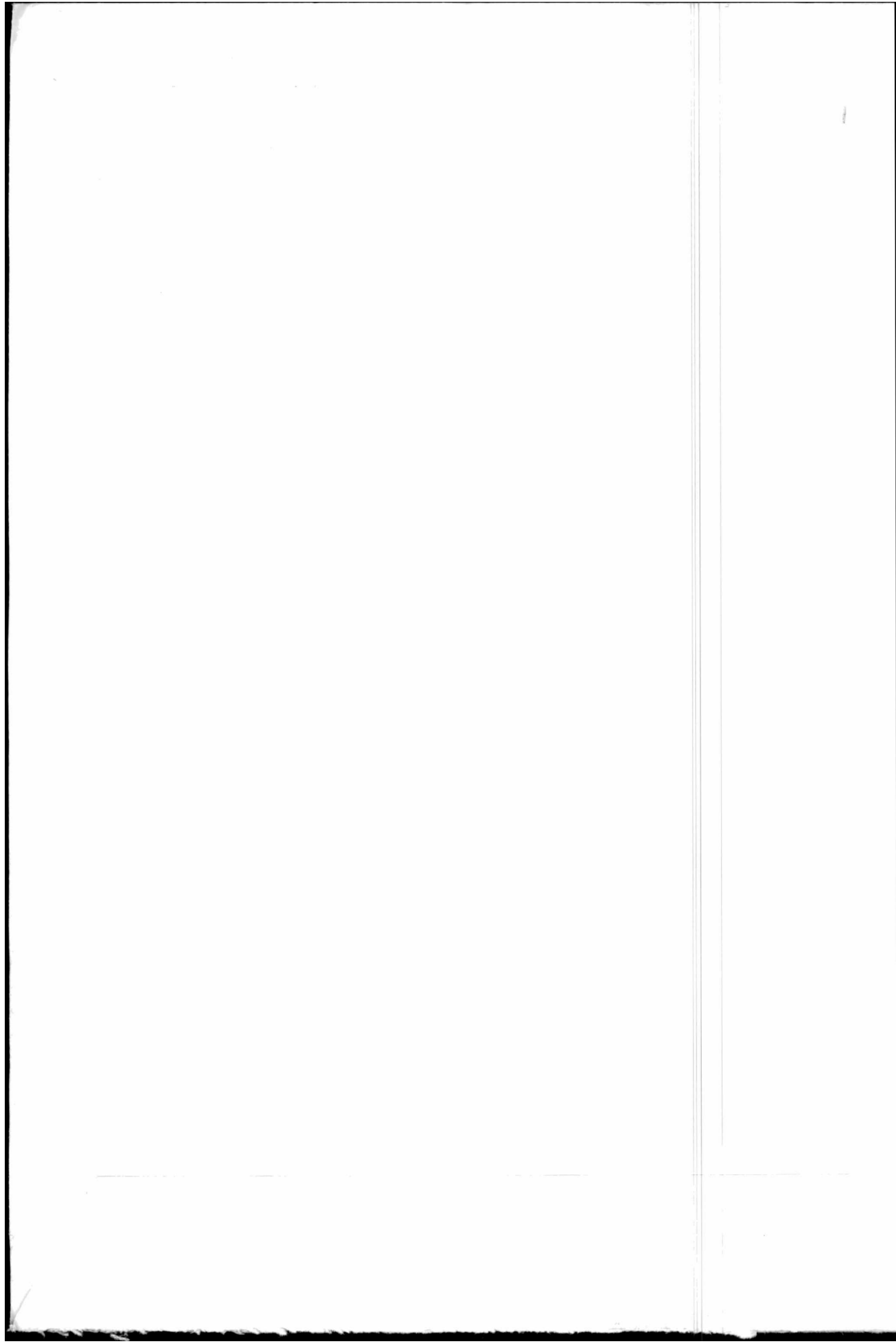
Białystok, 2023-10-17

.....
.....
(miejscowość, data)

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


KONSULTANT KRAJOWY
ds. MEDYCYNY RATUNKOWEJ

(podpis)



UNIwersytecki Szpital Kliniczny
w Białymstoku
I KLINIKA CHIRURGII OGÓLNEJ
I ENDOKRYNOLOGICZNEJ
ul. M. Skłodowskiej-Curie 24A, 15-276 Białystok
tel. 85 831-86-72, tel./fax 85 831-86-20
NIP 542-25-34-996, REGON 000288610

OPŁATA POBRANA
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 B102
POLECONY



R

(00)359007734160568699



(00)359007734160568699

2022

Poczta Polska
Opłata pobrana _____ zł _____ gr

Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa