



WZÓR

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a),Jerzy Robert Ładny
(imię 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):

.....EXELTIS Poland Sp. z o.o., ul. Szamocka 8, 01-748

Warszawa.....

.....

w dniu ...02.05..2025r..... w postaci5000,00 (pięć tysięcy 00/100) PLN brutto, 4700,00 PLN (cztery tysiące siedemset 00/100 netto) za przygotowanie i wygłoszenie wykładu pt.:

Midazolam dopoliczkowy – lek ratunkowy z wyboru w leczeniu przedłużonych napadów drgawkowych i stanu padaczkowego podczas XLIV Konferencji Związku Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w dniach 9-10 kwietnia 2025r. w Częstochowie

.....

-
-
- 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, 08.05.2025r.

.....
(miejscowość, data)

prof. dr hab. n. med. Jerzy Robert 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

Sa OMB

OPLATA PODRANA
TAXE PERQUE-POLOGNI
Umowa nr 200/HH/B/05 (CP RH) z
z Poczta Polska S.A. z dnia 20.12.2005
Nadano w PP Białystok B

POLECONY



Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

(00)859007734459245978



(00)859007734459245978



Poczta Polska
Opłata pobrana _____ zł _____ gr

R

2025

24

