



RPW/170335/2025 P
Data: 2025-11-20
ID: 00890217104143

Załącznik nr 2

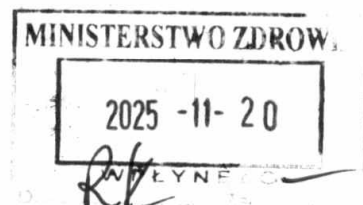
WZÓR

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):

AstraZeneca Pharma Poland, Postępu 14, 02-676 Warszawa w dniu
...13.11.2025r..... w postaci 3 950,23 PLN netto za przygotowanie i
wygłoszenie referatu pt. Mikroangiopatia zakrzepowa w dniu 25.10.2025r. podczas
Konferencji Ratunkowa 2025.PL w Gdańsku w dniach 24-25,10,2025r.

.....
.....
.....
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 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, 14.11..2025r.
.....
.....

(miejscowość, data)

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

KONSULTANT KRAJOWY
ds. MEDYCyny RATUNKOWEJ

(podpis)

Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku
Szpital Uniwersytecki
SZPITAL UNIWERSYTECKI
ul. Marii Skłodowskiej-Curie 24A, 15-276 Białystok
tel. 85 831 86 83, sof-usk@uskwb.pl
000000018587-01-024-4902
NIP 5422534985 REGON 000288610
802 PHB

R

(00)859007734311481889



(00)859007734311481889

Poczta Polska
Opłata pobrana _____ zł _____ gr

2025



OPŁATA POBRANA
TAXE PERCUE-POLOGNE
Umowa nr 20044-1-05 (CP RH-1-1
z Poczty Polskiej S.A. z dnia 20.12.2005 r.
Nadano w P.P. Białystok B102

POLECONY

830

Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

110