



RPW/140141/2025 P
Data: 2025-09-25
ID: 00890216714483

MINISTERSTWO ZDROWIA	
2025 -09- 25	
WPŁYNĘŁO	
Dep.	Zat.

RK *A*

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):

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

w dniu ...23.09.2025r..... w postacipokrycia kosztów uczestnictwa w Kongresie Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego w Madrycie w postaci: koszt noclegów: 3376,17 netto + opłata za uczestnictwo w Kongresie 4042,00 netto + opłata za bilet Warszawa- Madryt-Warszawa 1940, 00 netto, razem 9349,17 zł 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, 24.09.2025r.

.....

.....

(miejscowość, data)

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


KONSULTANT KRAJOWY
ds. MEDYCYNY RATUNKOWEJ

(podpis)

UNIwersytet Medyczny
w Białymstoku
Klinika Medycyny Ratunkowej
15-295 Białystok, ul. Szpitalna 37
tel./fax 85 686 50 18

R

(00)759007734455264310



(00)759007734455264310



Poczta Polska

Opłata pobrana 10 zł — gr

2025

Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

PRIORYTET

PRIORYTET