

Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku
Szpital Uniwersytecki
SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY
ul. Marii Skłodowskiej-Curie 24A, 15-278 Białystok
tel. 85 831 88 83, sor-usk@uskwb.pl
000000018587-01-024-4902
NIP 5422534985 REGON 000288610

SOŁ DMB

8,50

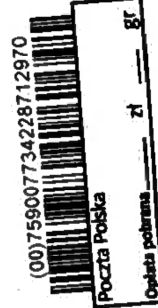
OPLATA POBRAN
TAXE PERÇUE-POLO
Umowa nr 200/H/H/05 (CP R
z Poczty Polskiej S.A. z dnia 20.12.
Nadawca w PP Białystok E

POLECONY



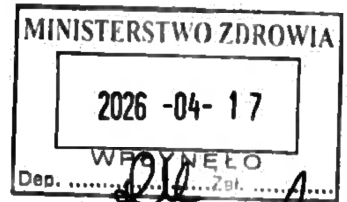
(00)759007734228712970

R



2025

Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa



WZÓR

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a),Jerzy Robert Ładny

.....

(imiona i nazwisko)

po zapoznaniu się z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2006 r. o konsultacjach 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):

Fisher & Paykel Healthcare Poland Sp. z o.o., Plac Andersa 7, 61-894 Poznań, w dniu
...10.04.2026r. r..... w postaci 2 528,37 PLN netto za przygotowanie
i wygłoszenie referatu pt. NHF (Nasal High Flow) na Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych
w Polsce, wygłoszonego podczas XIII Ogólnopolskiej Konferencji SOR i ZRM w
Warszawie w dn. 11.03.2026 r.,

.....
.....
.....
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, 13.04.2026rr.

.....
.....

(miejscowość, data)

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


KONSULTANT KRAJOWY

ds. MEDYCYNY RATUNKOWEJ

(podpis)