



RPM/120382/2023 P
Data: 2023-07-12
ID: 00890211701427

MINISTERSTWO ZDROWIA	
2023 -07- 12	
WPŁYNĘŁO	
Dep.	Za:

[Handwritten signature]

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, ul. Postępu 14, 02-676, Warszawa
.....
.....

.....
w dniu ... 05.07.2023..... w postaci 3616,00 zł netto za opracowanie i napisanie
protokołu dotyczącego leczenia Andeksanatem Alfa pacjentów z zagrażającym życiu
krwawieniem po ksabanach.
.....
.....
.....

.....
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, 2023-07-05
.....
.....

(miejscowość, data)

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

KONSULTANT KRAJOWY
ds. MEDYCYNY RATUNKOWEJ

(podpis)

WERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY
W BIAŁYMSTOKU
HISTALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY
ul. Skłodowskiej-Curie 24A, 15-276 Białystok
tel. 85 631-66-83
REGON 000288610 *Chb*

OPLATA 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 PP Białystok B102

POLECONY



R



2022

Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

99