

RPM/115185/2024 P
Data: 2024-07-03
ID: 00890213815570

Załącznik nr 2

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):

F. Diagnostic Sp. Z o.o. ul. GRZYBOWSKA 87/---

00-844 WARSZAWA, MAZOWIECKIE

.....
.....

w dniu25.06.2024r. w postaci ...4425,00 PLN netto z tytułu umowy o dzieło – stworzenia i wygłoszenia wykładu w dniu 07.06.2024r. pt. Korzyści wynikające z zastosowania POCT w SOR i innych oddziałach szpitalnych.

.....
.....
.....

- 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, 27.06.2024r.

.....
(miejscowość, data)


Prof. dr hab. med. Jarosław Robert Kadny
Specjalista chirurgii ogólnej,
medycyny ratunkowej
i zdrowia publicznego
tel. 502 448 383
5042596
(podpis)

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

PRIORYTE
PRIORITA



UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY
W BIAŁYMSTOKU
SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY
ul. M. Skłodowskiej-Curie 24A, 15-276 Białystok
tel. 85 831-86-83
REGON 000288610 **AMB**

Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa