

Załącznik nr 2

WZÓR

### Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a), .....Jerzy Robert Ładny

(Podpis 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):

.....SPZOZ Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Białymstoku, ul. Poleska 89,  
15-874 Białystok

.....  
.....  
.....  
w dniu ...25.09.2025r. .... w postaci ...5000,00 zł brutto, 4070,00 zł netto z tytułu Realizacji Umowy Zlecenia nr 35/2025 dot. Udziału w organizacji i uczestnictwa w XXII Międzynarodowych Mistrzostw Polski w Ratownictwie Medycznym oraz przygotowania i wygłoszenia wykładu inauguracyjnego podczas sesji szkoleniowej w trakcie Mistrzostw w dniach 10-11.09.2025r.

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

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

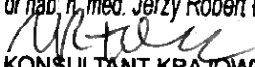
8) będącego współnikiem lub partnerem spółki handlowej lub stroną umowy spółki cywilnej  
wykonującej działalność, o której mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

w dniu ..... w postaci  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Białystok, 26.09.2025r.  
.....  
.....

(miejscowość, data)

prof. dr hab. n. med. Jerzy Robert Ładny  
  
KONSULTANT KRAJOWY  
ds. MEDYCYNY RATUNKOWEJ  
(podpis)

Uniwersytecki Szpital Uniwersytecki  
Szpital Uniwersytecki

SZPITAL RATUNKOWY  
ul. Maria Skłodowska-Curie 24A, 15-276 Białystok

tel. 15 23 36 83, sor-usk@uskwb.pl

000000018587-01-024-4902

NIP 5422534985 REGON 000288610

R

(00)859007734258845355



(00)859007734258845355

(00)859007734258845355



Poczta Polska

Opłata pobrana \_\_\_\_\_ zł \_\_\_\_\_ gr

2025



POLECONY

OPŁATA POBRANA  
TAXE PERÇUE-POLOGNE  
Umowa nr 200/HH/B/05 (CP RH1-1)  
z Poczcią Polską S.A. z dnia 20.12.2005 r.  
Nadawca w: Białystok B102

Ministerstwo Zdrowia

ul. Miodowa 15

00-952 Warszawa

50

