

w dniu ..... w postaci

6) który jest wytwórcą, importerem, autoryzowanym przedstawicielem lub dystrybutorem wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

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(-ma) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia

14/09/2011 *Beelen*  
(miejscowość, data)

171023  
Dr hab. med. Paweł Gut  
Specjalista chorób wewnętrznych  
medycyny nuklearnej  
ENDOKRYNOLOG  
(podpis)