

25-IV 2016 17.2011.8  
PSIV 8



\*WUW150393289\*

WZÓR

Oświadczenie

206066/8

Ja, niżej podpisany(-na),

*Chęćdalew Sylwona*  
(imię 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(-łam) 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 produktami leczniczymi, 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):

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

20 STY 2016

- 3) wykonującego działalność gospodarczą w zakresie doradztwa związanego z refundacją leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

BATUMI Conference and Event Agency Ewa Bukowska  
- organizacja konferencji

w dniu 27.11.2015 w postaci umowy o dzieło - Przewodniczący  
sekcji naukowej pt. „Regulacje zdrowie” podczas  
konferencji VI Pomorskie Spotkania Inteligencja  
Wiedzy, 27-30.11.2015 w Toruniu

- 4) wykonującego działalność ubezpieczeniową (jeżeli tak, to wskazać od jakiego): Wyposażenie z tytułu ubezpieczenia umowy: 1000,00 PLN  
(tysiąc złotych)

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 .....

2-8 STY 2016  
data ..... podpis .....  
Hoffmann

- 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(-ma) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Żurawiej 03.12.2015  
(miejscowość, data)

KONSULTANT WOJEWÓDZKI  
w dziedzinie chorób zakaźnych

Prof. dr hab. n. med. Magdalena Figlerowicz

(podpis)  
Prof. dr hab. n. med. Magdalena Figlerowicz

..... zgodność z oryginałem  
inspektor  
20 STY 2016 podpis .....  
Grażyna Hoffmann