

**MALOPOLSKI URZĄD W OCHRONIE ZDROWIA**  
Kraśnik  
Wpłynęło dnia: **03.07.2023**  
**OSOBISTO**

Ja, niżej podpisany(-na), .....  
za: .....

## Oświadczenie

Danuta Owczarek .....

(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(-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 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):

.....*Nie posiadam wiedzy o podmiocie wymienionym poniżej*

.....  
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):

.....*Nie posiadam wiedzy o podmiocie wymienionym poniżej*

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

W dniu 2.06.2023 do 4.06.2023 Biuro Organizacyjne Konferencji: Polska Fundacja Gastroenterologii ul. Waryńskiego 10a, Warszawa, pokryła koszty pobytu i uczestnictwa w spotykaniu szkoleniowym „Warszawskie Spotkania Gastroenterologiczne” w Centrum Konferencyjnym hotelu Double Tree by Hilton.

Nie posiadam żadnej wiedzy o Polskiej Fundacji Gastroenterologicznej.

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

*KRAKÓW 30.06.2023*

(miejscowość, data)

*O. Mierel*

(podpis)