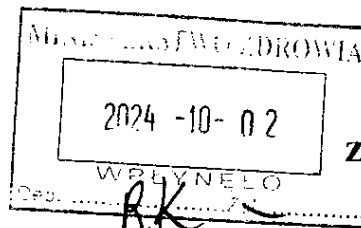




RPL/156530/2024 P  
Data: 2024-10-02  
ID: 00890214334449



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):

Astra Zeneca Poland, Postępu 14, 02-676,

Warszawa.....  
.....

w dniu .....24.09.2024r..... w postaci ...7500,00 PLN brutto (netto 6780,00 PLN) z tytułu umowy o dzieło – stworzenia protokołu dotyczącego postępowania z krwawieniami zagrażającymi życiu na oddziałach medycyny ratunkowej.....  
.....  
.....

- 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 .....

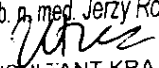
8) będącego wspólnikiem lub partnerem spółki handlowej lub stroną umowy spółki cywilnej  
wykonującej działalność, o której mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):  
.....  
.....  
.....

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

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

Białystok, 30.09.2024r.

.....  
(miejscowość, data)

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

.....  
(podpis)

WNIWERSZYTELNY  
w Poczcie  
5-089 Bielski ul. Jana Kilińskiego 1  
tel. 55 743 34 00 fax 55 743 54 16  
tel. 55 743 34 01 k.p. 54 021 17 17

R

(00)559007734846770686



(00)559007734846770686

OPLATA POBRANA

TAXE PERÇUE - POLOGNE

Umowa z Poczta Polska S.A. ID Nr 483430/B

Poczta Polska
Opłata pobrana _____ zł _____ gr

POLECONY

2024



Ministerstwo Zdrowia  
ul. Miodowa 15  
00-952 WARSZAWA

PRIORITY  
PRIORITY

147837