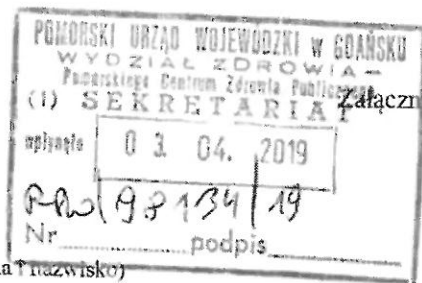


Oświadczenie



Załącznik nr 2

Ja, niżej podpisany(-na), Andżela Krystyna Wichmann

(imiona i nazwisko)

urodzony(-na) .

zamieszkały(-ła) w

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):

w dniu w postaci

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

w dniu _____ w postaci _____

6) który jest wytwórcą, importerem, autoryzowanym przedstawicielem lub dystrybutorem wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):
ChM Sp z o.o. Lewickie 3B, 16-061 Juchnowiec Kościelny

w dniu 11 – 12.04.2019 w postaci uczestnictwo w warsztatach: Zespole nie kości długich z wykorzystaniem systemów płytek blokowanych i gwoździ śródszpikowych

w dniu _____ w postaci _____

w dniu _____ w postaci _____

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

S. Hichmesur