

20-IV. 1967. 34. 2019. M

*P. 1-14/19*  
Dziennik Ustaw



"WUW190110611"

WZÓR

Oświadczenie

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu KANCELARIA GŁÓWNA		
WYSŁANO DNIA	07. 06. 2019	WYSŁANO DNIA
L.dz.	84911/19	20
zał.		

Załącznik nr 2

Ja, niżej podpisany(-na), PIOTR YAROSKAW MILECKI  
(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:

WPLYNĘŁO	10. 06. 2019	WPLYNĘŁO
L.dz.		
zał.		

*2019*

1) wykonującego działalność leczniczą (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

Phitev Medical, Boolett + 34600, USA

w dniu 23.05.19 w postaci Horosarius za

poradnictwa lekarskiego klinicznego  
zomansowanego jako Steno

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 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(-ma) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Poznań, 07.06.2019 r.

(miejscowość, data)

6471481 Prof. dr hab. n. med. Piotr Milecki  
specjalista radioterapii onkologicznej  
specjalista medycyny paliatywnej  
(podpis)  
tel. 607-633-442





Piotr Milecki

2019-07-12  
12.10.2019

20.07.2019 r.  
Poznań, 11.07.2019 r.

Konsultant Wojewódzki  
ds. Radioterapii Onkologicznej

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu Wydział Zdrowia		
WPEŁNIŁO DNIA	11. 07. 2019	WPEŁNIŁO DNIA
L.dz. 102621179		
zał. ....		

Oświadczam iż w oświadczeniu z dnia

07.06.2019 r. w pkt. 1 wskazałem  
datę wystawienia rachunku dla:

Pfizer Medical Inc., USA

Natomiast datę wystawienia korespondencji  
wzartypita w dniu 25.06.2019 r.

Z Poznań

Prof. dr hab. n. med. Piotr Milecki  
Specjalista radioterapii onkologicznej  
Specjalista medycyny paliatywnej  
tel. 607-633-442



\*WUW190120218\*

