

WYDZIAŁ ZDROWIA  
Wpłynęło: 27. 12. 2024  
Nr 42-P-2584-2024.

J. Woźniak  
Kierownik  
Oddziału Doskonalenia Kadr Medycznych  
Zdzisława Wiekierak  
27.12.2024  
Załącznik nr 2

## Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(-na),

PAWEŁ BADEUSKI

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 \_\_\_\_\_

KUJAWSKO-POMORSKI URZĄD WOJEWÓDZKI  
w Bydgoszczy  
Wydział Organizacyjny  
Wpłynęło: 24. 12. 2024  
KANCELARIA OGÓLNA  
RKP-27499P

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):

GILEAD

w dniu 19.12.2024 w postaci

przygotowanie i  
wykucie dla leku

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 \_\_\_\_\_

kancelaria ogólna



AAC279839

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,

B, 22.12.7.24  
(miejscowość, data)

dr n. med. Paweł Rajewski  
specjalista chorób wewnętrznych,  
specjalista chorób zakaźnych, hepatolog,  
specjalista transplantologii klinicznej  
tel. 604 455 767  
PWZ. 1840389

(podpis)

Konsultant Wojewódzki  
w dziedzinie chorób zakaźnych  
dla województwa kujawsko-pomorskiego

dr n. med. Paweł Rajewski