

5-11-9625.24.2025

PODKARPACKI URZĄD WOJEWÓDZKI
w Rzeszowie
KANCLERIA URZĘDU

Wpłynęło: 09-05-2025

Podpis: *[signature]* 5-3-2025-2025



PODKARPACKI URZĄD WOJEWÓDZKI
w Rzeszowie
Sekretariat Wzrostu i Zdrowia Społecznej

Data Wpływu: 09-05-2025

L.dz. 5-5-19431-2025 podpis: *[signature]*

Załącznik Nr 2

WZÓR

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(-na),

BEATA ROMANOWSKA-PIETRASIAK

po zapoznaniu się z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2015 r. poz. 126 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):

PODKARPACKIE CENTRUM GENETYCZNE
ONCOGENLAB, 35-615 RZESZÓW, UL. LESZKA
CIARNEGO 4D

w dniu 01.02-30.04.25 w postaci 4500- (brutto)

(wartość tysiąc pięćset) złotych brutto

BADANIA GENETYCZNE UNIWERSYTET MEDYCZNY W ŁODZI
UL. KOŁCZYSZKI 4, 90-419 ŁÓDŹ 01.05.25 2300- (brutto) data wysłania
materiału

- 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):

NUTRAMATIC Sp. z o.o.

w dniu 05.05.2025 r. w postaci 4000- (brutto)

(wartość tysiąc czterysta) - wynagrodzenie
za 1 miesiąc leczenia

- 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 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):

w dniu w postaci

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

Lubk 03.05.2025r
(miejscowość, data) (podpis)

B. Romanowska-Pietrasik

Dr n.med. Beata Romanowska-Pietrasik
konsultant wojewódzki

3715866