

W. N. 102. 64. 2023. 9



\*WUW230032609\*

*d. Hoff*  
*Pracownik o obywatelstwie polskim*

Dziennik Ustaw

- 8 -

Poz. 1207

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu KANCELARIA GŁÓWNA		
WPEŁNIO DNIA	20.02.2023	WPEŁNIO DNIA
L.dz. .... zał. ....		

wz. Dyrektora Wydziału Zdrowia

*Kinga Leśniewska*  
Kierownik Oddziału Nadzoru w Ochronie Zdrowia  
2023-02-21

Załącznik nr 2

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu Wydział Zdrowia		
WPEŁNIO DNIA	20.02.2023	WPEŁNIO DNIA
L.dz. .... zał. ....		

Ja, niżej podpisany

JACEK WYSOCKI  
(imiona i nazwisko)

Po za poznaniu 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 korzyść o wartości wyższej niż 380 zł od podmiotu:

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

Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu – comiesięczna pensja.

.....  
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):

Sanofi Pasteur.

.....  
w dniu 08.02.2023 r. w postaci honorarium za udział w spotkaniu komitetu doradczego.  
.....  
.....  
.....

- 3) wykonującego działalność gospodarczą w zakresie doradztwa związanego z refundacją leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

NIE

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

- 4) wykonującego działalność ubezpieczeniową (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

NIE

.....  
.....  
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):

NIE

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

- 6) który jest wytwórcą, importerem, autoryzowanym przedstawicielem lub dystrybutorem wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

NIE

.....  
.....  
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):

NIE

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

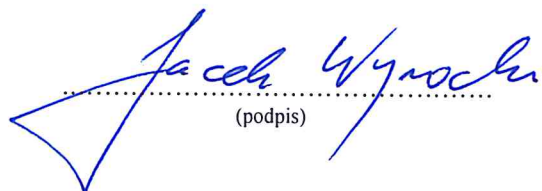
- 8) będącego wspólnikiem lub partnerem spółki handlowej lub stroną umowy spółki cywilnej wykonującej działalność, o której mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

NIE

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

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Poznań, dn. 15.02.2023 r.

  
.....  
(podpis)