



\*WUW230044589\*

### Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(-na), Irena Wojsyk-Banaszak

(imiona i nazwisko)

|  |              |                  |
|--|--------------|------------------|
| Wielkopolski Urząd Wojewódzki<br>w Poznaniu<br>KANCELARIA GŁÓWNA |              |                  |
| WPLYNĘŁO<br>DNIA   | 22. 03. 2023 | WPLYNĘŁO<br>DNIA |
| L.dz.  | 32810/23     |                  |
| zał.   | 32810/23     |                  |

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):

Nie dotyczy.....

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

- 2) wykonującego działalność gospodarczą w zakresie wytwarzania lub obrotu produktami leczniczymi, 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):

Mead Johnson Nutrition (Poland) sp z oo.

w dniu 15.03.2023 (data zawarcia umowy) w postaci opłaty za przygotowanie i wygłoszenie wykładu podczas spotkania edukacyjnego MJN

- 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 dotyczy.....

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

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

Nie dotyczy.....

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 dotyczy.....

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

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

Nie dotyczy.....

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 dotyczy.....

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 dotyczy.....

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

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

Posuel 17.03.2023

(miejscowość, data)

KONSULTANT WOJEWÓDZKI  
dla województwa wielkopolskiego  
dr hab. n. med. Irena Wojsyk-Banaszak  
(podpis)

|  |              |                  |
|--|--------------|------------------|
| Wielkopolski Urząd Wojewódzki<br>w Poznaniu<br>KANCELARIA GŁÓWNA |              |                  |
| WPLYNĘŁO<br>DNIA   | 22. 03. 2023 | WPLYNĘŁO<br>DNIA |
| L.dz.  | 20-IV 2023   |                  |
| zał.   | 17-03-2023   |                  |

Krzysztof Lesiński  
Kierownik Oddziału  
Nadzoru w Ochronie Zdrowia