



\*WUW230011984\*

*A. Hoffmann***Oświadczenie**

Ja, niżej podpisany(-na), ..Karina Barbara Stefańska-Wronka..  
(imiona i nazwisko)

|  |              |                 |
|--|--------------|-----------------|
| Wielkopolski Urząd Wojewódzki<br>w Poznaniu<br>Wydział Zdrowia |              |                 |
| WYPŁYŁO<br>DZIA  | 14. 03. 2023 | WYPŁYŁO<br>DZIA |
| L.dz. 20-IV  |              |                 |
| Za: 29539/23   |              |                 |

po zapoznaniu się z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (p.z. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419, z późn. zm.) oświadczam, że uzyskałem(-łam) korzyść o wartości wyższej niż 380 zł od podmiotu:

Wz. Dyrektora Wydziału Zdrowia  
*Kinga Lesniewska*  
Kierownik Oddziału  
Nadzoru w Ochronie Zdrowia

- 1) wykonującego działalność leczniczą (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):  
Nie  
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):  
.Nie  
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):  
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).  
w dniu ..... w postaci .....

Oświadczam, że w dniu 10.03.2023 otrzymałam do podpisania rachunek z Centrum Egzaminów Medycznych na kwotę 1500 zł brutto za przygotowanie 30 pytań do egzaminu specjalizacyjnego.

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

*Poznań 14. 03. 2023*  
.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis)

Konsultant Wojewódzki  
w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii

*dr n. med Karina Stefańska-Wronka*