

20-IV. 461. 14 2024 104

2. rej. 10000 a data poces

Kierownik
Województwa
Zdrowia
Poznań
2024-09-25

Dziennik Ustaw

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu Wydział Zdrowia		
Wpłynęło DNIA	25. 09. 2024	Wpłynęło DNIA
L.dz. 20-IV zał.		

Dyrektor
Województwa
Zdrowia
Poznań
WZÓR

Oświadczenie

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu KANCELARIA GŁÓWNA	
Wpłynęło DNIA	25. 09. 2024
L.dz. zał.	

RPW/128892/2024-1P



EZD RP WUW Poznań
(OI-IX)
Data rejestracji:
2024-09-25
Data wpływu: 2024-09-25

Ja, niżej podpisany(-na), SZCZEPAN GEMMA COFFA

(imiona i nazwisko)

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
.....
.....

- 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):

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

.....
.....
.....
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 7-11.9.2014 w postaci STIMULSANT VONAN U KONGRUE
EUROPEAN REGISTRATION SOCIETY U WIEDAW
(tee, pedon, hnd)

- 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.

Poznań 20/3/14
.....
(miejscowość, data)

7001420
Prof. UMF dr hab. med. Szczepan Cofla
LEKARZ
CHOROBY WEWNĘTRZNYCH
SPECJALISTA CHOROBY PŁUC
POZNAN, ul. Wieszowa 48
tel. 604/161 683

.....
(podpis)

KONSULTANT WOJEWÓDZKI
w dziedzinie chorób płuc

dr hab. n. med. Szczepan Cofla