



EZD RP WUW Poznań  
(01-IX)  
Data rejestracji:  
2024-10-07  
Data wpływu: 2024-10-07

2014 P62 3 224 K4

Wielkopolski Urząd Wojewódzki  
w Poznaniu  
Wydział Zdrowia

WPRZYJĘCIE  
DNIA 07. 10. 2024  
L.dz. 2014  
zał. ....

WYKONANO  
DNIA 07. 10. 2024  
L.dz. ....  
zał. ....

Dyrektor  
Wydziału Zdrowia

Oświadczenie  
Lidia Polcyn-Nowak

Wielkopolski Urząd Wojewódzki  
w Poznaniu  
KANCELARIA GŁÓWNA

WPRZYJĘCIE  
DNIA 07. 10. 2024  
L.dz. ....  
zał. ....

WYKONANO  
DNIA 07. 10. 2024  
L.dz. ....  
zał. ....

Kierownik  
w Wydziale Zdrowia

Kinga Leśniewska

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

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  
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 2.10.2024 wystawiłam fakturę za wygłoszenie 4 wykładów podczas Kursu żywienia klinicznego w gastroenterologii /Białystok, 25.09.2024 - 29.09.2024/ na poczet Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego Dojelitowego i Metabolizmu, ul. Banacha 1a, 02-097 Warszawa.

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

.....Poznań, 2.10.2024.....  
(miejscowość, data)

.....Karina Stefańska-Wronka.....  
(podpis)