

W-10.461.14.000.01

3.10.01
Procy o stela
procy

| | | |
|--|--------------|------------------|
| Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu Wydział Zdrowia | | |
| Wpłynęło Dnia | 04. 07. 2024 | Wpłynęło Dnia |
| KANCELARIA GŁÓWNA | | ZD-IV |
| Wpłynęło Dnia | 03. 07. 2024 | Wpłynęło Dnia |
| L.dz. | Dyrektor | |
| zał. | WZOR | |
| L.dz. zał. | | |

RPW/90559/2024-1P
EZD RP WUW Poznań
(01-IX)
Data rejestracji:
2024-07-03
Data wpływu: 2024-07-03

Poz. 1207
Załącznik nr 2

2024-07-04

Oświadczenie
Ja, niżej podpisany(-na), Ryota Jurekiewicz Milecki
(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, środkami spożywczym specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobem medycznym (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

Pharma Medical House Sp. z o.o.
ul. Pod Lips 4 64-116, 02-798 Warszawa

w dniu 18.06.2024 w postaci konferencji z przygotowaniem
i wygłoszeniem wykładu pt. "Rola medycyny"
w celu przesłania do naukowców
odległych z roku 2024"

- 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 w postaci
.....
.....
.....

- 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.

Pełnomocnik 28.06.2024

(miejscowość, data)

647148
Prof. UM, dr hab. n.med. Piotr Milecki
specjalista radioterapii onkologicznej
specjalista medycyny paliatywnej
tel. 667-638-445

[Podpis]
(podpis)

