

Op-IV. 461.1. 444. 47

Oświadczenie

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu Wydział Zdrowia		
WPLYNĘŁO DNIA	09. 10. 2024	WPLYNĘŁO DNIA
L.dz.	134811/2024	
Za: (imię i nazwisko)		

Ja, niżej podpisany(-na), Paulina Sobkowiak.....

(imię 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 w postaci

.....
.....

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

.....
.....
.....
.....

- 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 współnikiem lub partnerem spółki handlowej lub stroną umowy spółki cywilnej wykonującej działalność, o której mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

Przygotowanie i przeprowadzenie „Quizu radiologicznego dla pneumonologów” w dniu 28.09.2024r w trakcie VI ZJAZDU POLSKIEGO TOWARZYSTWA PNEUMONOLOGII DZIECIĘCEJ odbywającego się w WARSZAWIE (data zawarcia umowy 7.10.2024r), podmiot organizujący Medical-Experts, MAGDALENA TRYBÓŃ-GOLEC, 03-130 WARSZAWA UL.MILENIJNA 43 lok.2 , NIP 825-185-23-02 .

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

Poznań, 7.10.2024
.....
(miejscowość, data)

Paulina Sobkowiak
.....
dr hab. med. Paulina Sobkowiak
SPECJALISTA
PEDIATRA I ALERGOLOG
5765203