

EZD RP WUW Poznań
(OI-IX)

Data rejestracji:

2024-09-19

Data wpływu: 2024-09-19

K. Hoffmann 20.10.161.95 WUW-1

wz. l. 2024-09-20
SpecjalistaMalgorzata Bzdrega
Oświadczenie

| | | |
|--|--------------|------------------|
| Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu KANCELARIA GŁÓWNA | | |
| WPLYNEŁO DNIA | 19. 09. 2024 | WPLYNEŁO DNIA |
| L.dz. | | |

Ja, niżej podpisany(-na), Marek Stanisław Widenka

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 440,2 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):

Genrili Pharma Sp. z o.o.

Ul. Grzybowska 2/29, 00-131 Warszawa

w dniu 6-7.09.2024 w postaci zapewnienia noclegu oraz udziału w konferencji: III Zielonogórska Konferencja opieka wspierająca, medycyna paliatywna i leczenie bólu, Zielona Góra, 06-07.09.2024

- 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):

| | | |
|--|--------------|------------------|
| Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu Wydział Zdrowia | | |
| WPLYNEŁO DNIA | 19. 09. 2024 | WPLYNEŁO DNIA |
| L.dz. | | |
| Za: Elwira Pocił-Nowak | | |

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

.....
.....
.....
w dniu w postaci

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

Ostrowiec, 16.09.2025
(miejscowość, data)

dr n. med. Marek Widenka

Konsultant wojewódzki
w dziedzinie medycyny paliatywnej
dla województwa wielkopolskiego