

20.10.2024 r. Wz. Wz.

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu KANCELARIA GŁÓWNA		
Dziennik Ustaw	11. 10. 2024	WPEŁNIO DNIA
L.dz. zał.		

RPW/136711/2024-1P

EZD RP WUW Poznań
(01-IX)
Data rejestracji:
2024-10-11
Data wpływu: 2024-10-11

K. Hoff
Proszę o dalsze
proces

Poz. 1207

Załącznik nr 2

WZÓR

Oświadczenie

Wielkopolski U w Po Wydział	
WPEŁNIO DNIA	14. 10. 2024
Dyrektor Wydziału Zdrowia	
Kinga Leśniewska	

Ja, niżej podpisany(-na), Prof. Janowski
(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):

① - Astra-Zeulla Pharma Poland Sp. z o.o., ul. Portowa 19,
02-676 Warszawa ② - VIV Media Group Sp. z o.o.,
ul. Świsłocka 73/ 80-180 Gdańsk
w dniu 20.10.2024 r. w postaci ① Konwariantu za przygotowanie
& wykonanie wyrobu w postaci Systemowego zaa-
-wanowanego wala stercia. ② Konwariantu za
przygotowanie & wykonanie wyrobu w postaci
wyrobu wala stercia.

- 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.

Poznań, 10.10.2024r.
.....
(miejscowość, data)

6471481 Prof. UM, dr hab. n.med. Piotr Mięciel
specjalista radioterapii onkologicznej
specjalista medycyny paliatywnej
tel. 607-607-607
.....
(podpis)

