

Agnieszka Sawicka

2D-Vla sp. p.p.

Od: Magdalena Kałamarz <kalamarzm@katowice.uw.gov.pl>
Wysłano: wtorek, 8 września 2026 08:25
Do: sawickaa@katowice.uw.gov.pl
Temat: FW: zaświadczenie
Załączniki: Oświadczenie nr 2_09_2026.pdf

ŚLĄSKI URZĄD WOJEWÓDZKI
w Katowicach
Biuro Organizacyjno-Budżetowe

Wpłynęło
dnia: 2026-09-09

Oddział Kancelarii
Dorota Bielska



Magdalena Kałamarz
zastępca kierownika oddziału
Wydział Zdrowia
Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach
telefon: 32 20 77 446
www.katowice.uw.gov.pl
adres do e-Doręczeń: AE:PL-14603-15693-ECFGD-26

Klauzula informacyjna RODO:

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Wojewoda Śląski - Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach z siedzibą przy ul. Jagiellońskiej 25, 40-032 Katowice.
- Wojewoda Śląski wyznaczył Inspektora ochrony danych, z którym można się kontaktować w sprawach dotyczących przetwarzania Pani/Pana danych osobowych przez Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach pod numerem telefonu 32 20 77 975 lub poprzez e-mail: iod@katowice.uw.gov.pl.
- Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane w celu udzielenia odpowiedzi i/lub dokonania niezbędnych czynności kancelaryjnych.
- Dane są przetwarzane na podstawie Ustawy z 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (t.j. Dz. U. z 2020, poz. 164) oraz Ustawy z 23 stycznia 2009 r. o Wojewodzie i administracji rządowej w województwie (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 190).
- Dane będą udostępniane jedynie podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa lub umów powierzenia.
- Dane nie będą profilowane, transferowane do państw trzecich oraz organizacji międzynarodowych.
- Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści Pani/Pana danych osobowych oraz żądania ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania. Przysługuje Pani/Panu także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Polecamy:

- serwis z usługami dla obywatela www.gov.pl
- Informację dla Obywatela: telefon 222-500-115 (infolinia centralna), telefon 222-500-111 (infolinia Urzędu)

From: Wiesław Bal <balwieslaw@gmail.com>
Sent: Sunday, September 6, 2026 7:16 PM
To: Magdalena Kałamarz <kalamarzm@katowice.uw.gov.pl>
Subject: zaświadczenie

Szanowna Pani
Klejne do kompletu.
Pozdrawiam serdecznie.
Proszę o potwierdzenie otrzymania wiadomości.
W. Bal

Dr n. med. Wiesław Bal
Kierownik Oddziału Chemioterapii Diennej
Tel.: +48 501 097 313, +48 784 981 888
E-mail: wieslaw.bal@io.gliwice.pl balwieslaw@gmail.com



Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(-na), ... Wiesław Bal.....
(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, środkiem spożywczym specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobem medycznym (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

.....

Pierre Fabre w dniu 27.08.2026.....

w postaci pokrycia kosztów udziału w konferencji naukowej

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

- 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.

.....Katowice, 2026-09-06.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis)