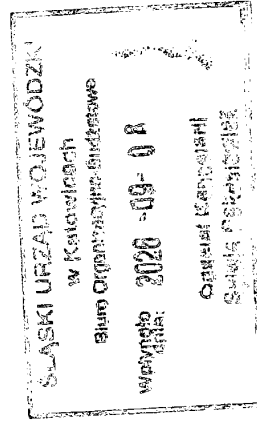


Władz.
Prof. dr hab. n. med., Grzegorz Ciechan
ul. Wolna 35a/3
ul-908 BYTOM
Konsultacja i nadzór nad
i doświadczenia w dziedzinie

Dyrektor Generalny
Słaski Urząd Województwa
w Katowicach
ul. Jagiellońska 25
40-052 KATOWICE

POTWIERDZENIE
CUBIONI
PRIORYTET
PRIORITAIRE



Data: 2026-09-08
RPW/335221/2026 P

(00)759007734223955310

R



Poczta Polska
Opłata pobrana 14 zł 20 gr

2025

Wyprodukowano w 2017 roku. Termin trwałości kleju 2 lata.

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 5 września 2014 r. (poz. 1207)

Załącznik nr 1**Oświadczenie**

Ja, niżej podpisany(-na), prof. dr hab. n. med. Grzegorz Cieślar.....

(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:

- 1) ~~jestem~~/nie jestem* członkiem organów spółek handlowych, spółdzielni, stowarzyszeń, fundacji lub przedstawicielem albo pełnomocnikiem przedsiębiorców wykonujących działalność leczniczą (jeżeli tak, to wskazać jakich):

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

- 2) ~~jestem~~/nie jestem* członkiem organów spółek handlowych, spółdzielni, stowarzyszeń, fundacji lub przedstawicielem albo pełnomocnikiem przedsiębiorców wykonujących 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 jakich):

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

- 3) ~~jestem~~/nie jestem* członkiem organów spółek handlowych, spółdzielni, stowarzyszeń, fundacji lub przedstawicielem albo pełnomocnikiem przedsiębiorców wykonujących działalność gospodarczą w zakresie doradztwa związanego z refundacją leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać jakich):

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

- 4) ~~jestem~~/nie jestem* członkiem organów spółek handlowych, spółdzielni, stowarzyszeń, fundacji lub przedstawicielem albo pełnomocnikiem przedsiębiorców wykonujących działalność ubezpieczeniową (jeżeli tak, to wskazać jakich):

.....

.....

.....

.....

- 5) ~~jestem~~/nie jestem* członkiem organów spółek handlowych, spółdzielni, stowarzyszeń, fundacji lub przedstawicielem albo pełnomocnikiem przedsiębiorców, którzy złożyli wniosek o wydanie pozwolenia na dopuszczenie do obrotu produktu leczniczego albo uzyskali to pozwolenie lub złożyli wniosek o wydanie pozwolenia na import równoległy produktu leczniczego albo uzyskali to pozwolenie (jeżeli tak, to wskazać jakich):

.....

.....

.....

.....

- 6) ~~jestem~~/nie jestem* członkiem organów spółek handlowych, spółdzielni, stowarzyszeń, fundacji lub przedstawicielem albo pełnomocnikiem przedsiębiorców, którzy są wytwórcami, importerami, autoryzowanymi przedstawicielami lub dystrybutorami wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać jakich):

.....

.....

.....

.....

- 7) ~~posiadam~~/nie posiadam* 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 w jakich):

.....

.....

.....

.....

- 8) ~~jestem~~/nie jestem* współnikiem lub partnerem spółki handlowej lub stroną umowy spółki cywilnej wykonującej działalność w zakresie, o którym mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać w jakich):

.....

.....

.....

.....

- 9) wykonuję/~~nie wykonuję~~* działalność gospodarczą w zakresie, o którym mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać jaką):

Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Lekarska – Gabinet Kardiologiczny i Rehabilitacji Leczniczej.
41-902 Bytom, ul. Chrzanowskiego 5/3a.....

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

- 10) wykonuję/~~nie wykonuję~~* zajęcia zarobkowe na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej, zawartej z podmiotem wykonującym działalność, o której mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać z jakim):

American Heart of Poland S.A., 43-450 Ustroń ul. Sanatoryjna 1

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

- 11) wykonuję/~~nie wykonuję~~* zajęcia zarobkowe na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej, zawartej z podmiotem posiadającym akcje lub udziały w spółkach handlowych wykonujących działalność, o której mowa w pkt 1-6, lub udziały w spółdzielniach wykonujących działalność, o których mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać z jakim):

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

- 12) wykonuję/~~nie wykonuję~~* zajęcia zarobkowe na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej, zawartej z podmiotem będącym wspólnikiem lub partnerem spółki handlowej lub stroną umowy spółki cywilnej wykonującej działalność w zakresie, o którym mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać z jakim):

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

- 13) ~~jestem~~/~~nie jestem~~* członkiem organów lub pracownikiem podmiotów tworzących w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej (jeżeli tak, to wskazać jakich):

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

- 14) ~~prowadzę~~/nie prowadzę* badania naukowe lub prace rozwojowe w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o zasadach finansowania nauki (Dz. U. Nr 96, poz. 615, z późn. zm.), które są finansowane przez podmiot wykonujący działalność, o której mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać jakie i dla jakiego podmiotu):

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

- 15) przystosowuję wyniki badań naukowych i prac rozwojowych, o których mowa w pkt 14, do potrzeb praktyki lub wdrażam wyniki badań naukowych i prac rozwojowych, o których mowa w pkt 14 (jeżeli tak, to wskazać w jaki sposób i dla jakiego podmiotu):

nie dotyczy.....
.....
.....
.....

- 16) ~~prowadzę~~/nie prowadzę* badania naukowe lub prace rozwojowe w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o zasadach finansowania nauki, które są finansowane przez podmiot posiadający 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 jakie i dla jakiego podmiotu):

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

- 17) przystosowuję wyniki badań naukowych i prac rozwojowych, o których mowa w pkt 16, do potrzeb praktyki lub wdrażam wyniki badań naukowych i prac rozwojowych, o których mowa w pkt 16 (jeżeli tak, to wskazać w jaki sposób i dla jakiego podmiotu):

nie dotyczy.....
.....
.....
.....

- 18) ~~prowadzę~~/nie prowadzę* badania naukowe lub prace rozwojowe w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o zasadach finansowania nauki, które są finansowane przez podmiot będący współnikiem lub partnerem spółki handlowej lub stroną umowy spółki cywilnej wykonującej działalność w zakresie, o którym mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać jakie i dla jakiego podmiotu):

.....

.....

.....

.....

- 19) przystosowuję wyniki badań naukowych i prac rozwojowych, o których mowa w pkt 18, do potrzeb praktyki lub wdrażam wyniki badań naukowych i prac rozwojowych, o których mowa w pkt 18 (jeżeli tak, to wskazać w jaki sposób i dla jakiego podmiotu):

nie dotyczy

.....

.....

.....

- 20) ~~prowadzę~~/nie prowadzę* badania kliniczne w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.) (jeżeli tak, to wskazać jakie):

.....

.....

.....

.....

- 21) ~~wykonuję~~/nie wykonuję* zadania opiniodawcze i doradcze dla podmiotu wykonującego działalność, o której mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać jakie i dla jakiego podmiotu):

.....

.....

.....

.....

- 22) ~~wykonuję~~/nie wykonuję* zadania opiniodawcze i doradcze dla podmiotu 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 jakie i dla jakiego podmiotu):

.....

.....

.....

.....

23) ~~wykonuję~~/nie wykonuję* zadania opiniodawcze i doradcze dla podmiotu będącego wspólnikiem lub partnerem spółki handlowej lub stroną umowy spółki cywilnej wykonującej działalność w zakresie, o którym mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać jakie i dla jakiego podmiotu):

.....

.....

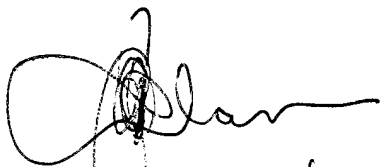
.....

.....

* Niepotrzebne skreślić.

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

Bytom, 01.08.2026r.
(miejscowość, data)


.....
(podpis) Grzegorz Cieślak

Konsultant Województwa Śląskiego
w dziedzinie balneologii i medycyny fizykanej
prof. dr hab. n. med. Grzegorz Cieślak

**OŚWIADCZENIE
DLA CELÓW PODATKOWYCH ORAZ UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH
DO UMOWY ZLECENIA/DZIEŁO (1/2)**



1. Dane osobowe

Nazwisko Cieślak Imię/Imiona Grzegorz Jan
PESEL 61022202137 Data urodzenia 22.02.1961
Nr tel. 601928418 e-mail (DRUKOWANYMI) cieslar1@tlen.pl

Należy wypełnić w przypadku innego obywatelstwa niż polskie

Zagraniczny numer identyfikacyjny płatnika
Rodzaj dokumentu tożsamości numer kraj wydania

2. Adres zamieszkania

Województwo Śląskie powiat Bytom gmina
Ulica Nowa nr domu 35A nr mieszkania 3
Miejscowość Bytom kod poczt. 41-908 poczta Bytom

3. Adres korespondencyjny (gdy nie jest tożsamy z adresem zamieszkania)

Województwo powiat gmina
Ulica nr domu nr mieszkania
Miejscowość kod poczt. poczta

4. Urząd skarbowy (właściwy do przekazania informacji o dochodach, zaliczkach na podatek dochodowy PIT-11)

Nazwa, numer, adres Urząd Skarbowy w Bytomiu, 41-902 Bytom ul. Wrocławska 92

X Wyrażam zgodę na przesłanie rozliczenia rocznego PIT-11 na adres e-mail (podany w punkcie 1)

5. Numer konta bankowego zleceniobiorcy/wykonawcy

6 8 1 2 4 0 1 3 3 0 1 1 1 1 0 0 0 0 2 2 8 2 9 7 4 0

6. Kod wykonywanego zawodu (6 cyfr)

2 2 1 2 0 5

zgodnie z rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 07.08.2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. z 2018r. poz. 227 ze zm.)

7. Oświadczenie dla celów powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego

- Właściwy oddział Narodowego Funduszu Zdrowia Śląski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach
- Jestem: emerytem X tak ☐ nie jeżeli tak, data przyznania 04.09.2026
rencistą ☐ tak X nie jeżeli tak, data przyznania
- Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności: ☐ tak X nie
Jeżeli TAK, należy określić orzeczonego stopień niepełnosprawności: ☐ lekki ☐ umiarkowany ☐ znaczny

8. Oświadczenie dla celów powszechnego ubezpieczenia społecznego

Oświadczam, że (proszę zaznaczyć właściwe pola):

- 1) ☐ jestem studentem/ucznikiem szkoły ponadpodstawowej i nie ukończyłem(am) 26 lat (nr legitymacji
- 2) ☐ jestem dodatkowo zatrudniony/a gdzie indziej i z tego tytułu moja łączna podstawa składek społecznych w przeliczeniu na okres miesiąca wynosi mniej niż minimalne wynagrodzenie za pracę
- 3) ☐ jestem dodatkowo zatrudniony/a gdzie indziej i z tego tytułu moja łączna podstawa składek społecznych w przeliczeniu na okres miesiąca wynosi co najmniej tyle ile minimalne wynagrodzenie za pracę
- 4) ☐ prowadzę pozarolniczą działalność gospodarczą, z tytułu której opłacam składki od podstawy wymiaru wynoszącej co najmniej 60% prognozowanej przeciętnej płacy miesięcznej
- 5) ☐ prowadzę pozarolniczą działalność gospodarczą, z tytułu której opłacam składki od „preferencyjnej” podstawy wynoszącej co najmniej 30% minimalnego wynagrodzenia, ale mniej niż płaca minimalna (na mocy art. 18a / 18c ustawy o sus)
- 6) ☐ prowadzę pozarolniczą działalność gospodarczą, z tytułu której opłacam na mocy 18c ustawy o sus składki od podstawy wymiaru wynoszącej co najmniej minimalne wynagrodzenie za pracę
- 7) ☐ prowadzę działalność, z racji której korzystam z ulgi na start
- 8) ☐ usługi wykonywane w ramach umowy, której dotyczy to oświadczenie, wchodzą w zakres prowadzonej przeze mnie działalności gospodarczej stanowiącej tytuł do ubezpieczeń społecznych (w związku z punktem 7 oświadczenia)
- 9) ☐ jestem pracownikiem innego zakładu lecz w okresie wykonywania umowy, której dotyczy to oświadczenie, przebywam na urlopie bezpłatnym lub wychowawczym
- 10) ☐ jestem pracownikiem innego zakładu lecz w okresie wykonywania umowy, której dotyczy to oświadczenie, przebywam na urlopie macierzyńskim
- 11) ☒ nie posiadam innych tytułów do ubezpieczeń społecznych
- 13) ☐ (inne okoliczności mające wpływ na ubezpieczenia w ZUS)

9. Oświadczenie dla celów DOBROWOLNEGO ubezpieczenia społecznego / chorobowe

- ☐ wnoszę X nie wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym
☐ wnoszę X nie wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym

Bytom, 04.09.2026
(miejscowość, data)

(czytelny podpis wykonawcy/zleceniobiorcy)

**OŚWIADCZENIE
DLA CELÓW PODATKOWYCH ORAZ UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH
DO UMOWY ZLECENIA/DZIEŁO (2/2)**

Oświadczam, iż wszystkie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, a odpowiedzialność karna za podanie informacji niezgodnych z prawdą lub ich zatajenie jest mi znana. Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Zleceniodawcy o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia oraz przejmuję odpowiedzialność z tytułu niedotrzymania powyższego zobowiązania.

W przypadku podania błędnych informacji, a także w razie nie przekazania informacji o zmianie danych, które mają wpływ na opłacanie składek:

- 1) zobowiązuję się zwrócić płatnikowi opłacone przez niego do ZUS-u składki na ubezpieczenia społeczne (emerytalne, rentowe) finansowane ze środków ubezpieczonego oraz odsetki od całego powstałego zadłużenia,
- 2) wyrażam zgodę na potrącenia powyższych należności z wypłacanego mi w przyszłości wynagrodzenia.

Upoważniam Zleceniodawcę do dokonania w moim imieniu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego i/lub społecznego, o ile wykonywanie przeze mnie umowy zlecenia podlegać będzie tym ubezpieczeniom zgodnie z obowiązującymi przepisami.

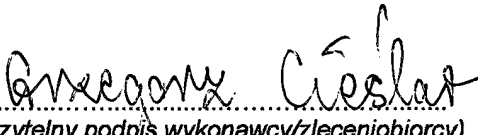
POUCZENIE

Zgodnie z art. 75 § 2 ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz.U. 2018 poz. 2096) jeżeli przepis prawa nie wymaga urzędowego potwierdzenia określonych faktów lub stanu prawnego w drodze zaświadczenia właściwego organu administracji, organ administracji publicznej odbiera od strony, na jej wniosek, oświadczenie złożone pod rygorem odpowiedzialności za fałszywe zeznania. Przepis art. 83 § 3 stosuje się odpowiednio.

Zgodnie z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz..1997.88.553 ze zm.) kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§ 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.

Bytom, 04.09.2026
(miejscowość, data)


(czytelny podpis wykonawcy/zleceniobiorcy)

Część OBOWIĄZKOWA

Część OBOWIĄZKOWA