

Wpłynęło
dnia: 2026 -09- 16

Oddział Kancelarii

Dorota Bielecka

WZÓR

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(-na), **Iwona Maruniak-Chudek**

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 412,06 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):

Schulke Poland Sp. z o.o., Aleje Jerozolimskie 132, 02-305 Warszawa

w dniu **08-09.10.2026...** w postaci **„Sponsorowanie uczestnictwa czynnego w warsztatach szkoleniowych Advanced Neonatal Vascular Access Workshop, Department of Pediatrics and Adolescent Medicine, Medical University of Vienna, University Hospital Vienna, Austria”**

- 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, importерem, 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):

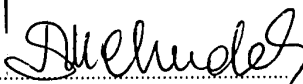
.....
.....
.....
w dniu w postaci
.....
.....
.....

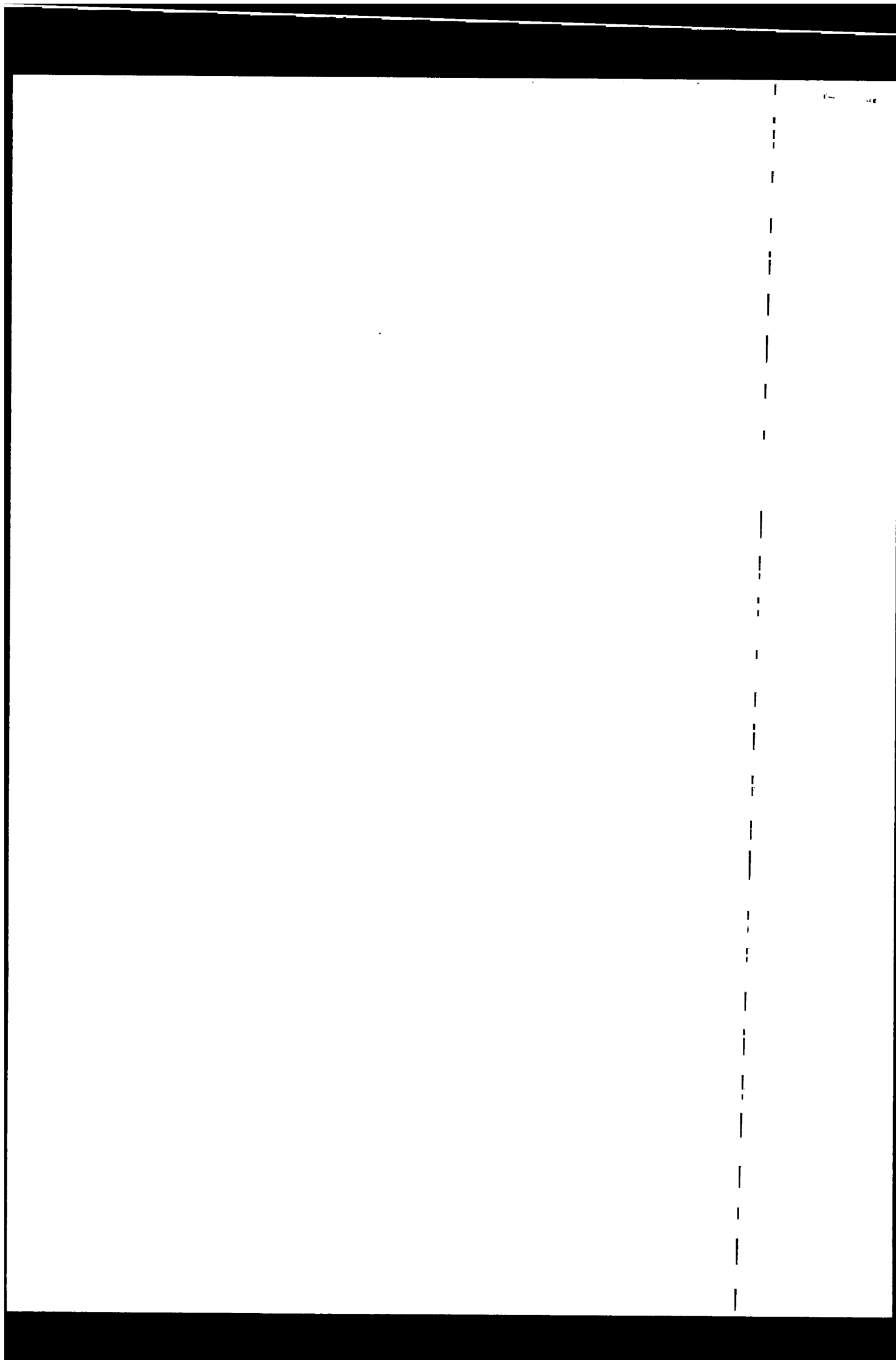
- 8) będącego wspólnikiem lub partnerem spółki handlowej lub stroną umowy spółki cywilnej wykonującej działalność, o której mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

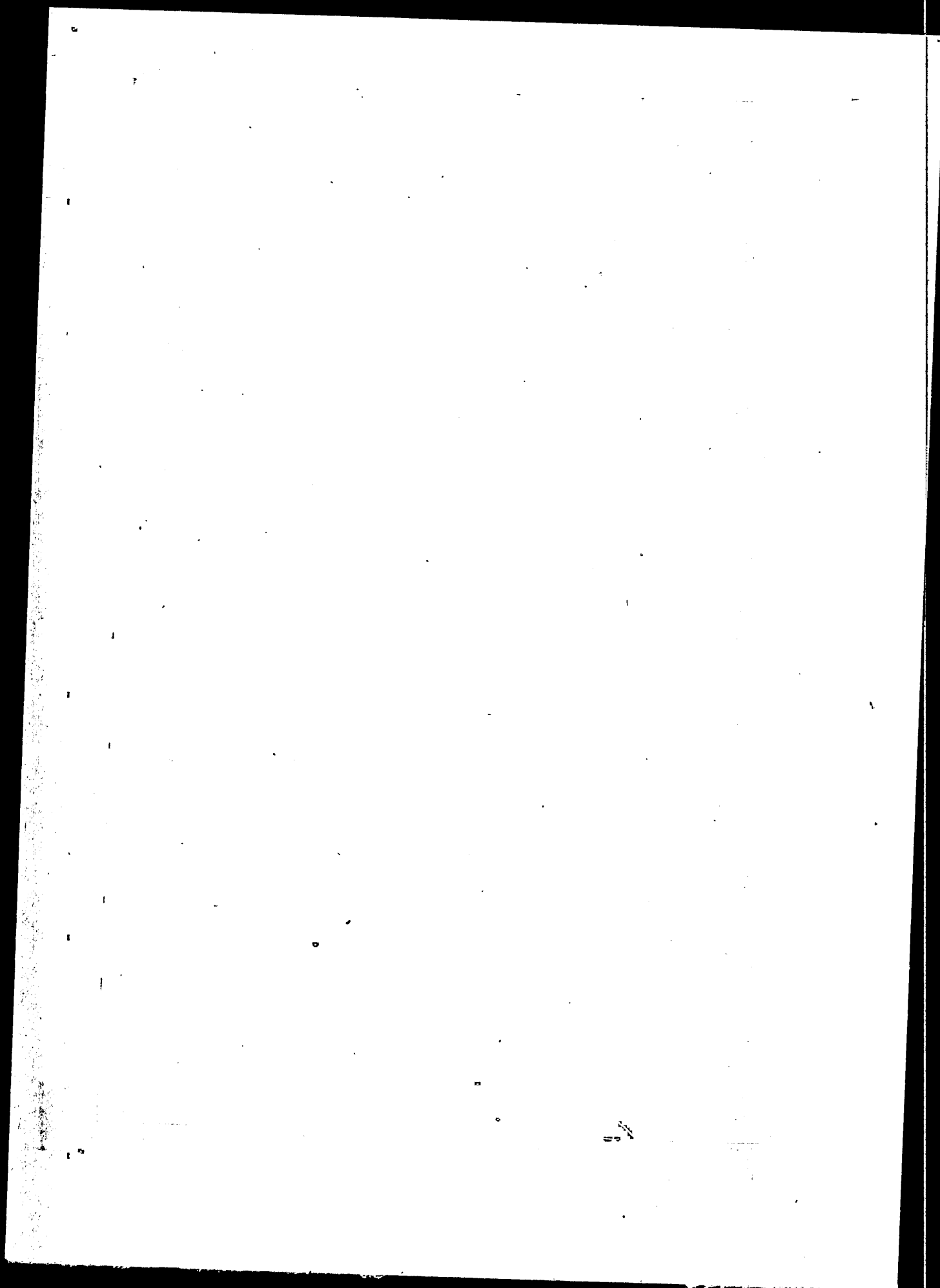
.....
.....
.....
w dniu w postaci
.....
.....
.....

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

KATOWICE, 14.09.2026
(miejscowość, data)

.....

(podpis)





M2/2026

KATOWICE S105
15092026
BA**

W. Jankowiak
Biuro Organizacyjno-Budowlane
ul. Wolności 16
Oddział Kancelarii
Dor. - Bielska

Sędziwna
miejscowość
Dyrektor
Rasula-Tomczyk
Wydział Lekarski
ul. Jagiellońska 25
40-032 Katowice

11
D
11

A barcode with the number (00)759007734517117509 printed below it. To the right of the barcode is a rectangular label with the text "Poczta Polska" and "Opłata pobrana" followed by a line for the amount in zł and gr. The number (00)759007734517117509 is also printed vertically to the left of the label.