

Kinga Leśniewska 28. 10. 2025

Dziennik Ustaw

- 8 -

Poz. 1207

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu KANCELARIA GŁÓWNA		
WPEŁNĘŁO DNIA	28. 10. 2025	WPEŁNĘŁO DNIA
L.dz. .... zał. ....		

RPW/148228/2025-1P



EZD RP WUW Poznań  
(OI-IX)  
Data rejestracji:  
2025-10-28  
Data wpływu: 2025-10-28

Załącznik nr 2

WZÓR

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(-na),

*Kinga Leśniewska*

(imiona i nazwisko)

Wielkopolski Urząd Wojewódzki  
w Poznaniu  
Wydział Zdrowia

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):

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

- 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 ..... 29-11-X 2023

**KONSULTANT WOJEWÓDZKI**  
w dziedzinie chorób płuc

dr hab. n. med. Szczepan Cofla

Prof. UM i dr hab. med. Szezenan Colta  
LEKARZ  
CHOROBY WYMIERNYCH  
SPECIALISTA CHOROBY PŁUC  
POZNAN, ul. Wieżowa 48  
tel. 504 161 683

- 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.

23/X/11  
(miejscowość, data)

KONSULTANT WOJEWÓDZKI  
w dziedzinie chorób płuc

dr hab. n. med. Szczepan Cofa

Prof. UMP dr hab. med. Szczepan Cofa  
LEKARZ  
CHOROBY WYMIOTRZNYCH  
SPECJALISTA CHOROBY PŁUC  
POZNAŃ, ul. Wieżowa 4B  
tel. 504 161 683

(podpis)