



EZD RP WUW Poznań

(OI-IX)

Data rejestracji: 2025-10-23

Data wpływu: 2025-10-23

Oświadczenie

Ja, niżej podpisan(-na)

PIOTR EDER

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu KANCELARIA GŁÓWNA		
WPEŁNIO DNIA	23. 10. 2025	WPEŁNIO DNIA
L.dz. zał.		

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 444,20 zł od podmiotu:

- 1) wykonującego działalność leczniczą (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

.....
w dniu w postaci

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu Wydział Zdrowia		
WPEŁNIO DNIA	24. 10. 2025	WPEŁNIO DNIA
L.dz. zał.		

Dyrektor Wydziału Zdrowia

- 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):

a) MEDYKALWOPOL TOMASZ POŁEĆ 9.10.2025 WYMAGRODZENIE 2x WYPLAT

- b) w dniu w postaci
RECORDATI POLSKA Sp. z o.o. 15.10.2025 WYMAGRODZENIE 2x WYPLAT

c) PHARMACEUTICAL 17.12.2025 WYMAGRODZENIE 2x WYPLAT

- 3) wykonującego działalność gospodarczą w zakresie doradztwa związanego z refundacją leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

POLSKIE TOWARZYSTWO WSPIERANIA 13.10.2025
OSÓB Z NIEJASNOŚCIĄ ZAPŁAKIEMIAŁECIT WYMAGRODZENIE 2x
w dniu w postaci WYPLAT

- 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 współnikiem 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.

formuś 20.10.2023
(miejscowość, data)

.....
(podpis)