

**Prof. dr hab. med. Marianna Janion**  
Konsultant wojewódzki  
w dziedzinie kardiologii  
dla woj. świętokrzyskiego

Kielce, 01.04. 2023 r.

## **OŚWIADCZENIE Nr. 5/2023 z dn. 01.04.2023 r.**

Ja, niżej podpisana, MARIANNA JANION

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) \_\_\_\_\_

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

2) wyk \_\_\_\_\_ zakresie wytwarzania lub obrotu produktem

przez \_\_\_\_\_  
.....  
.....

3) \_\_\_\_\_

.....  
danych \_\_\_\_\_

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

4) \_\_\_\_\_

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

5) \_\_\_\_\_

lec \_\_\_\_\_

..... azaé

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

6) który jest wytwórcą, importerem, autoryzowanym przedstawicielem lub dystrybutorem  
wyrobów medycznych - **TAK** (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

- dniu 31.03.2023 r. podpisałam umowę i wystawiłam rachunek dla firmy POLPHARMA SA.  
Ul. Bobrowiecka 6, 00-728 Warszawa za przygotowanie i wygłoszenie wykładu o kwalifika-  
cji chorych do zabiegu TAVI podczas Warsztatów Echokardiograficznych.

~~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.

Kielce, 01.04.2023 r.  
(miejscowość, data)



.....  
(podpis)  
/Prof. dr hab. med. Marianna Janion/