

2P-1v. 467, 14. 10. 14

RPU/157183/2024-1P



EZD RP WUW Poznań  
(OI-IX)  
Data rejestracji:  
2024-11-27  
Data wpływu: 2024-11-27

o urz  
Poznań o obrot  
proced

Dziennik Ustaw		
Urząd Wojewódzki		
w Poznaniu		
KANCELARIA GŁÓWNA		
WPLYNĘŁO DNIA	27. 11. 2024	WPLYNĘŁO DNIA
L.dz. ....		
zał. ....		

- 8 -

Poz. 1207

Załącznik nr 2

WZÓR  
Oświadczenie

Wielkopolski Urząd Wojewódzki		
w Poznaniu		
Wydział Zdrowia		
WPLYNĘŁO DNIA	27. 11. 2024	WPLYNĘŁO DNIA
L.dz. ....		
zał. ....		

Ja, niżej podpisany(-na),

*Szymon Costa*

(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 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):

1) 21/11/24 VERTEX PH Sp. z o.o. kom. z  
miejscem polim. Szymon Costa  
TAKSOWA M. 11/11/24 w. Costa

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

2) 21-23 11/24 opłata za udział i pokój  
w zespole poszukiwania GWP ASST PAVCA,

*W. A. Costa*

Prof. dr hab. Szymon Costa  
ul. 503 161 633

Prof. dr hab. Szymon Costa  
ul. 503 161 633

- 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 .....  
.....  
.....

- 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.

Poznań, dn. 24 / 11 / 2024

(miejscowość, data)

24 / 11 / 24

Prof. UMP dr hab. med. Szczepan Cofa  
LEKARZ  
CHOROBY WEWNĘTRZNYCH  
SPECJALISTA CHOROBY PŁUC  
POZNAN, ul. Wileńska 48  
tel. 504 161 683

Prof. UMP dr hab. med. Szczepan Cofa  
LEKARZ  
CHOROBY WEWNĘTRZNYCH  
SPECJALISTA CHOROBY PŁUC  
POZNAN, ul. Wileńska 48  
tel. 504 161 683  
(podpis)