

22 IV. 962. 3. 2024. 104

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu KANCELARIA GŁÓWNA		
WPŁYNĘŁO DNIA	04. 12. 2024	WPŁYNĘŁO DNIA
L.dz. .... zał. ....		

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu Wydział Zdrowia	
WPŁYNĘŁO DNIA	04. 12. 2024
Dyrektor 22 IV Wydziału Zdrowia	
L.dz. .... zał. ....	

Oświadczenie

Złoff

Pracownik

proced

RPW/160563/2024-1P

EZD RP WUW Poznań  
(OI-IX)  
Data rejestracji:  
2024-12-04  
Data wpływu: 2024-12-04

Ja, niżej podpisany(-na), ..Karina Barbara Stefańska-Wronka..  
(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):  
Nie  
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):  
Nie  
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):  
Nie  
w dniu ..... w postaci .....
- 4) wykonującego działalność ubezpieczeniową (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):  
Nie  
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):  
Nie  
w dniu ..... w postaci .....
- 6) który jest wytwórcą, importerem, autoryzowanym przedstawicielem lub dystrybutorem wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):  
Nie  
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):  
Nie  
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 .....

Oświadczam, że w dniu 1.12.2024 wystawiłam fakturę jako wykładowca Szkoły Żywienia i Metabolizmu na poczet Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego Dojelitowego i Metabolizmu, ul. Banacha 1a, 02-097 Warszawa.

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

.....Poznań, 1.12.2024.....  
(miejscowość, data)

(podpis)

dr n. med. Karina Stefańska-Wronka  
specjalista anestezjologii  
intensywnej terapii  
2716027