

Wielkopolski Urząd Wojewódzki
w Poznaniu
Wydział Zdrowia

WPRZYNEO DNIA	18.11.2024	WPRZYNEO DNIA
L.dz.	2014	

R. Koff
Pracownik o dedykacji
procedur

RPW/152533/2024-1P



EZD RP WUW Poznań
(OI-IX)
Data rejestracji:
2024-11-18
Data wpływu: 2024-11-18

Kierownik
Oddziału Zdrowia Publicznego
w Wydziale Zdrowia
Kinga

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(-na),

PIOTR ENDER

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
KANCELARIA GŁÓWNA

WPRZYNEO DNIA	18.11.2024	WPRZYNEO DNIA
L.dz.		

- 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) OPILLA HEALTHCARE POLAND 6.11.2024
Sp. z o.o. WYNAGRODZENIE ZA WYKONANIE

w dniu w postaci
2) TAUEDA PHARMACEUTICALS INT. 6.11.2024 WYNAGRODZENIE ZA WYKONANIE

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

1) HIGH 5 IMMUNOLOGY 6.11.2024 WYNAGRODZENIE ZA WYKONANIE
GERMANY

w dniu w postaci
2) COS CAREWISH DEPO i WSP 8.11.24 WYNAGRODZENIE ZA WYKONANIE

Sp. z o.o. KONTAKTOWA
3) BANMIER HEALTHCARE Sp. z o.o. 12.11.24 WYNAGRODZENIE ZA WYKONANIE

- 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, 13.11.2024

(miejscowość, data)

Piotr K.

(podpis)