

*Handwritten signature: H. Hoffa*  
*Handwritten text: Proszę o cenne procedury*



\*WUW230091364\*

Dziennik Ustaw

Wielkopolski Urząd Wojewódzki  
w Poznaniu  
KANCELARIA GŁÓWNA

- 8 -

Wielkopolski Urząd Wojewódzki

Poz. 1207

Załącznik nr 2

11. 07. 2023

20758/23

WZÓR

Oświadczenie

11. 07. 2023

Ldż.

zał.

Dyrektor  
Wydziału Zdrowia

*Handwritten signature: Liwia Pelcyn-Nowak*

2023-07-12  
Kierownik Oddziału  
Nadzoru w Ochronie Zdrowia  
*Handwritten signature: Kinga Lesniewska*

Ja, niżej podpisany(-na),

*Handwritten signature: Piotr Jarosław Milecki*

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. V4 Medica Group Sp. z o.o. ul. Świątokrzyska 73, 80-180 Gdańsk,  
②. IPSEN Poland Sp. z o.o., ul. Chmielna 73, 00-801 Warszawa

① 26.06.2023 r.

w dniu 26.07.2023 r. w postaci

① Honorarium za przygotowanie i

wygotowanie wykładu podczas Konferencji Uro-Onkologii  
Uro-Symptom, Gdańsk 2023, ul. Leona raka stercia/p. moczowego.

② Opłacenie wpisów, mebli, noclegu podczas  
Konferencji ESOH, Goeteborg, Szwecja.

- 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, 06.07.2023

(miejscowość, data)

Prof. dr hab.  
specjalista  
Piotr Milecki  
(podpis)  
onkologicznej  
paliatywnej

