

*El Hoffmann* Proszę o dobre procedury



\*WUW230037066\*

Ja, niżej podpisany(-na),

**Jakub Moskal**

**Oświadczenie**

**20-IV**

(imię i nazwisko)

Dyrektor

Wydziału Zdrowia

Wielkopolski Urząd Województwa

Wydział Zdrowia

WPŁYŚĆ DO  
DIA

05.04.2023

WPŁYŚĆ DO  
DIA

05.04.2023

WPŁYŚĆ DO  
DIA

05.04.2023

L. dz.

18 497/23

2023-04-06

Kierownik Oddziału Nadzoru w Ochronie Zdrowia

Kinga Leśniewska

Nowak

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):

spotkanie organizowane wspólnie przez Carl Zeiss opłacenie hotelu 2 doby w Mediolanie, Włochy 21.03.2023- 23.03.2023 oraz przelot samolotem z Poznania i dotarcie na miejsce szkolenia: szkolenie nt mikroskopu Convivo

- 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, 03.04.2023  
(miejscowość, data)

.....  
**KONSULTANT WOJEWÓDZKI**  
w dziedzinie neurochirurgii  
dla Regionu Wielkopolskiego  
dr n. med. Jakub Moskal