



Prory p. adw. Kiełownik Oddziału Nadzoru w Ochronie Zdrowia
2023-08-22
Oświadczenie
Kinga Le...
Witold Kyciel

Wielkopolski Urząd Województwa w Poznaniu KANCELARIA GŁÓWNA		
WPEŁNIO DNIA	21. 08. 2023	WPEŁNIO DNIA
L.dz.	95 675/23	
zał.		

Ja, niżej podpisany(-na),

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):

WPEŁNIO DNIA	21. 08. 2023	WPEŁNIO DNIA
L.dz.	20-IV	
zał.	Wydziatu Zdrowia	

w dniu w postaci

Lidia Polcyn-Nowak

- 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):

MEDTRONIC POLAND SP. Z O.O.
ul. Polna 11 00-633 Warszawa
16.08.2023
W. Nowak

- 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):

- 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.

.....
(miejscowość, data)

Poznań, dnia 16.08.2023r

.....
(podpis)
Konsultant Wojewódzki
w dziedzinie chirurgii onkologicznej
Dr hab. n. med. Witold Kycler
specjalista chirurgii onkologicznej,
ogólnej i gastroenterologii