

# WZÓR Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(-na), ..... BEATA ROMANOWSKA-PIETRASIAŁA .....

po zapoznaniu się z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2015 r. poz. 126 z późn. zm.) oświadczam, że uzyskałem(-łam) korzyść o wartości wyższej niż 380 zł od podmiotu:

- 1) wykonującą działalność leczniczą (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

..... PODKARPACKIE CENTRUM GENETYCZNE ONCOGENLAB .....  
 ..... 35-615 RZESZÓW .....  
 w dniu ..... 10.02.2025r ..... w postaci ..... 27150,0 zł .....

..... Wynagrodzenie za usługi medyczne i Pracę w Poradni Genetycznej .....  
 ..... użytkowanie porad genetycznych w terminie 01.11.24r - 31.01.25r .....

- 2) wykonującą 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):

..... NUTRAMATIC Sp. z o.o., ul. RAJSKA 4 m 33 .....  
 ..... 02-654 HARSZYNIA .....  
 w dniu ..... 12.02.2025r ..... w postaci ..... 8000, zł (6 sztuk) .....

..... Ocena suplementów diety, Wynagrodzenie za .....  
 ..... pracę w terminie 01.01.2025r - 28.02.2025r .....

- 3) wykonującą 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) wykonującą 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, importерem, 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 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 .....

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

.....  
(miejscowość, data) (podpis)

*Łódź 10.02.2025r*

*B. Romanowska - Pietrasiak*

Dr n.med. Beata Romanowska-Pietrasiak  
konsultant wojewódzki

3715366