



WUW210067168

Załącznik nr 2

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu KANCLARIA GŁÓWNA		
WPLYNĘŁO DNIA	27. 05. 2021	WPLYNĘŁO DNIA
L.dz.	21) 73416/21	
zał.		

WZÓR

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(-na),

BEATA PIETA

(imiona i nazwisko)

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):

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu Wydział Zdrowia		
WPLYNĘŁO DNIA	27. 05. 2021	WPLYNĘŁO DNIA
L.dz.	21-IV	
zał.		
Dyrektor Wydziału Zdrowia		

w dniu w postaci

Liwia 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):

Exeltis

w dniu maj 2021 w postaci

liderat w advisory board przy rekomendacjach
do produktów Sildenafil.

- 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, 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 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, 20.05.2011
.....
(miejscowość, data)

.....
.....
(podpis)

p.k. k.pow
13.07.2021

20-IV. 82201.11

KONSULTANT WOJEWÓDZKI W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA POŁOŻNICZEGO I
GINEKOLOGICZNEGO

dr hab. Beata Pięta, prof. UM
ZAKŁAD PRAKTYCZNEJ NAUKI POŁOŻNICTWA UM W POZNANIU
UL JACKOWSKIEGO 41, POZNAŃ,
TEL.61-854-7227., TEL. KOM. 691-059-048, e-mail : biataid@wp.pl

Poznań, dn. 06.07.2021



WUW210100968

Urząd Wojewódzki
W Poznaniu

Województwo Wielkopolskie		
Urząd Wojewódzki w Poznaniu		
Wydział Zdrowia		
WPEŁNIO DNIA	13.07.2021	WPEŁNIO DNIA
L.dz.	94747/21	
zał.		

Uzupełnienie oświadczenia

W związku z błędnym wypełnieniem w punkcie 2 Oświadczenia z dnia 20.05.21r (brak daty) oświadczam że korzyść materialną o wartości wyższej niż 412,05 zł otrzymałam 10.05 2021 roku.

Z wyrazami szacunku

Konsultant Wojewódzki
w dziedzinie pielęgniarstwa
położniczego i ginekologicznego

dr hab. Beata Pięta, prof. UM