



Data: 2025-06-25



Gdańsk 23.06.2025

Urząd Wojewódzki w Gdańsku

Wydział Zdrowia-Pomorskie Centrum Zdrowia Publicznego

Niniejszym składam oświadczenie Konsultanta w związku z uczestnictwem w konferencji sponsorowanym przez firmę Berlin-Chemię Menarini.

Opóźnienie wysyłki wyniku z mojej choroby i zwolnienia lekarskiego.

Z poważaniem

Jolanta Komarnicka

Konsultant Wojewódzki ds. mikrobiologii lekarskiej

**Oświadczenie**

Ja, niżej podpisany(a), .....Jolanta, Teresa Komarnicka.....

po zapoznaniu się z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2019 r., poz. 886) oświadczam, że uzyskałem(am) korzyść o wartości wyższej niż 412,06 zł od podmiotu:

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

.....

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):

Berlin Chemie/Menarini Sp z o.o., w dniach 27-28.05.2025, w postaci opłaty rejestracyjnej i opłaty noclegu na konferencji „IV Zjazd Naukowy Stowarzyszenia Epidemiologii Szpitalnej” w Bydgoszczy

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 .....

.....

wykonującego działalność ubezpieczeniową (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

.....

w dniu ..... w postaci .....

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 .....

.....

4) który jest wytwórcą, importerem, autoryzowanym przedstawicielem lub dystrybutorem wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

.....  
w dniu ..... w postaci .....

.....  
5) 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 .....

.....  
6) 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(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

...Gdańsk 11.06.2025....  
(miejscowość, data)

.....  
  
(podpis)

# KLAUZULA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH (zgodnej z RODO)

1. Po zapoznaniu się z klauzulą informacyjną, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych, prawie ich poprawiania i możliwości ich wycofania, wyrażam, zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez administratora danych Wojewodę Pomorskiego, adres: ul. Okopowa 21/27, 80-810 Gdańsk, w celu zapewnienia realizacji zadań z zakresu przyjmowania oświadczeń składanych przez konsultantów wojewódzkich w dziedzinach medycznych zgodnie z art.8c ust.2-3, art.8d.ust. 1 i 8e. ust. 1-2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz.U z 2017 r., poz.890).
2. W przypadku niepodania danych niemożliwe jest powołanie Pani/Pana na konsultanta w ochronie zdrowia.
3. Podane przez Panią/Pana dane nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim. Odbiorcami danych będą tylko instytucje upoważnione z mocy prawa (Ministerstwo Zdrowia i Centralne Biuro Antykorupcyjne).
4. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.
5. Zgodę wyrażam na czas trwania pełnienia funkcji konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie medycznej wraz z okresem archiwizacji.
6. Swoje dane osobowe podaję dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
7. Kontakt do Inspektora ochrony danych w Pomorskim Urzędzie Wojewódzkim w Gdańsku: [iod@gdansk.uw.gov.pl](mailto:iod@gdansk.uw.gov.pl)



(podpis składającego oświadczenie)