

22-IV. p. 61. 14. 2024. 101

2. Koffman  
Proszę o dobre przeobrażenie

Dziennik Ustaw

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu Wydział Zdrowia		
WPLYNEŁO DNIA	29. 05. 2024	8 - WPLYNEŁO DNIA
L.dz. .... Dyrektor: 20-IV zał. ... Wydziału Zdrowia ... WZÓR		

RPW/74393/2024-1P



EZD RP WUW Poznań  
(01-IX)  
Data rejestracji:  
2024-05-29  
Data wpływu: 2024-05-29

Liwia Polcyn-Nowak Oświadczenie

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu KANCELARIA GŁÓWNA		
Poz. 1207		
WPLYNEŁO DNIA	29. 05. 2024	Załącznik nr 2
L.dz. .... Wiceprezesa Dyrektora zał. ... Wydziału Zdrowia ... Kinga Lesniewska		

Ja, niżej podpisany(-na), SZCZEPAN CEFIN  
(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):

.....  
.....  
.....  
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):

..... VENTX - POLSKA - sp. z o.o. .....

w dniu 22/5/2024 w postaci Wojciech 24 WUW  
Wojciech 24 WUW Wojciech 24 WUW  
Wojciech 24 WUW Wojciech 24 WUW  
Wojciech 24 WUW Wojciech 24 WUW

- 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.

Branie dn 25/5/2014  
.....  
(miejscowość, data)

Syp Ch  
.....  
(podpis)