

Wielkopolski Urząd Wojewódzki  
w Poznaniu  
Wydział Zdrowia

Zastępca Dyrektora  
Wydziału Zdrowia

WPEŁNIO  
DNIA 17. 04. 2024

WPEŁNIO  
DNIA

Kinga Leśniewska

zał. ....

Wniosek o udzielenie pomocy  
Zastępca Dyrektora  
Wydziału Zdrowia

Kinga Leśniewska

Wielkopolski Urząd Wojewódzki  
w Poznaniu  
KANCELARIA GŁÓWNA

Zastępca Dyrektora  
Wydziału Zdrowia

WPEŁNIO  
DNIA 16. 04. 2024

WPEŁNIO  
DNIA

Kinga Leśniewska

zał. ....

Ja, niżej podpisany(-na), Paulina Sobkowiak.....  
(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):

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

- 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 .....  
.....  
.....

RPW/54318/2024-1N



EZD RP WUW Poznań  
(OI-IX)  
Data rejestracji:  
2024-04-16  
Data wpływu: 2024-04-16

- 6) który jest wytwórcą, importerm, autoryzowanym przedstawicielem lub dystrybutorem wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

.....  
.....  
.....  
.....

- 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):

Przedsiębiorstwo Farmaceutyczne LEK-AM Sp. z o.o. 05-170 Zakroczym, ul Ostrzykowińska 14a – opłacenie uczestnictwa w wydarzeniu i zakwaterowania w Toruniu w ramach 16 Konferencji Naukowo-Szkoleniowej PTA „Alergie-spojrzenie interdyscyplinarne” w dniach 10-12.04.2024r.

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

Torun 15.04.2024  
.....  
(miejscowość, data)

Paulina Sobkowicz  
.....  
(podpis)