



EZD RP WUW Poznań

(01-IX)

Data rejestracji:

2024-05-22

Data wpływu: 2024-05-22

22-IV-2024-1-2024-69

Oświadczenie

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

(imię i nazwisko)

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu		
KANCELARIA GŁÓWNA		
WPLYNĘŁO DNIA	22. 05. 2024	WPLYNĘŁO DNIA
L. dz.		

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

.....

.....

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu		
Wydział Zdrowia		
WPLYNĘŁO DNIA	22. 05. 2024	WPLYNĘŁO DNIA
Zastępca Dyrektora Wydziału Zdrowia Kinga Leśniewska		

- 6) który jest wytwórcą, importerem, 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 współlnikiem lub partnerem spółki handlowej lub stroną umowy spółki cywilnej wykonującej działalność, o której mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

Stallergenes Polska (Grupa STALLERGENES-GREER) Sp. Z o.o. ul. Pańska 98/21, 00-837 Warszawa - opłata uczestnictwa w Spotkani Naukowym dotyczącym immunoterapii alergenowej w Antony, Francja , w tym przelotu i zakwaterowania w dniach 16-18.05.2024r.

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

Poznań, 20.05.2024
.....
(miejscowość, data)

Paulina Sobkowicz
.....
(podpis)