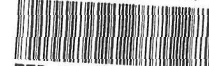


2024-04-23
Proszę o osobne procedury
Zastępca Dyrektora
Wydział Zdrowia
Kinga Leśniewska

RPW/57614/2024-1P



EZD RP WUW Poznań
(OI-IX)

Data rejestracji:

2024-04-23

Data wpływu: 2024-04-23

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(-na), Marek Stanisław Widenka

Wielkopolski Urząd wojewódzki
w Poznaniu
Wydział Zdrowia

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 440,2 zł od podmiotu:

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

WPEŁNIO	2024-04-23	WPEŁNIO
L.dz. 20-IV		
Dyrektor Wydział Zdrowia		

Lidia Polczyńska-Nowak

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):

Zakłady Farmaceutyczne "POLPHARMA" S.A.

Pelplińska 19

83-200 Starogard Gdański

Przygotowanie i wygłoszenie wykładu naukowego w dniu 10 i 17.04.2024

- 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.

Kolona 18.04.29
(miejscowość, data)

dr n. med. Marek Widenka
(podpis)

Konsultant wojewódzki
w dziedzinie medycyny paliatywnej
dla województwa wielkopolskiego