



EZD RP WUW Poznań
(OI-IX)
Data rejestracji:
2024-05-15
Data wpływu: 2024-05-15

proszę o recenzję
K. Hoffmann
W. L. ...
Specjalista 2024-05-15

Malgorzata Bzdrega

Oświadczenie

PiGIR EDER

Ja, niżej podpisany(-na),

42 Dyrektor ZD M. Polak WUW - 1
Kierujący stanowiskiem ds. Wzrostu
doskonalenia kadry medycznej

Wielkopolski Urząd Wojewódzki
w Poznaniu
KANCELARIA GŁÓWNA

WPLYNĘŁO DNIA	15. 05. 2024	WPLYNĘŁO DNIA
L.dz.		
Za:		

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 444,20 zł od podmiotu:

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

.....
w dniu w postaci

Wielkopolski Urząd Wojewódzki
w Poznaniu
Wydział Zdrowia

WPLYNĘŁO DNIA	15. 05. 2024	WPLYNĘŁO DNIA
L.dz.		
Za:		

- 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):

1) BRISTOL-MYERS SQUIBB - 2. 05. 2024 - WYMAGRODZENIE
ZŁ WYKŁAD

w dniu w postaci

2) OPEN HEALTH COMMUNICATIONS LTD - 2. 05. 2024 - WYMAGRODZENIE
ZŁ WYKŁAD

- 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.

pozna' 9.5.2024
.....
(miejscowość, data)

Piotr - [signature]
.....
(podpis)