

22 N. 461. 74. 2024. 9

KH

RPW/86709/2024-1P



EZD RP WUW Poznań  
(01-IX)  
Data rejestracji:  
2024-06-25  
Data wpływu: 2024-06-25

Dziennik Ustaw

Poz. 1207

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu		
KANAL LADIA GŁÓWNA		
WYPŁYŁO DNIA	25. 06. 2024	WYPŁYŁO DNIA
L.dz.	Oświadczenie	
zał.		

8

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu		
Wydział Zdrowia		
WYPŁYŁO DNIA	25. 06. 2024	WYPŁYŁO DNIA
L.dz.	ZD-IV	
zał.		

załącznik nr 2

W. Dyrektor 4 jst. lek. staż. Kierujący stanowiskiem do spraw doskonalenia kadr medycznych

Dorota Kicka

Ja, niżej podpisany(-na),

Prot. Jarosław Mielki

(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):

Astro Zenica Pharma Poland  
Sp. z o.o., ul. Postępu 19,  
02-676 Warszawa

w dniu 19.06.2024 w postaci

honorarium za przygotowanie i produkcję wyrobów apt. w Nowe metody leczenia a zwłaszcza - wyrobów zalew skrota

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

- 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.

Podpis: 29.06.2024  
(miejscowość, data)

Prof. UM. dr hab. n.med. Piotr Milecki  
specjalista radioterapii onkologicznej  
specjalista medycyny paliatywnej  
tel. 607-630442  
(podpis)

