

## Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(-na), **Przemysław Piotr Mitkowski**.....  
(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 533,04 zł od podmiotu:

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

Wystawione faktury:

.....  
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):

Wystawione faktury:

1. **Medtronic (3 faktury)**
2. **Medtronic**
3. **Medtronic**
4. **Novartis**
5. **Boehringer-Ingelheim**
6. **Abbott**

w dniu **1.-6. 31.05.2024;**

w postaci

1. **Prowadzenie kursu z zakresu implantacji stymulatorów bezelektrodowych (3 sesje)**
2. **Artykuł sponsorowany do pisma „W Dobrym Rytmie”**
3. **Prowadzenie sesji, przygotowanie i wygłoszenie wykładu sponsorowanego w trakcie konferencji Asocjacji Rytmu Serca PTK**
4. **Przygotowanie i wygłoszenie wykładu w trakcie konferencji „Peripheral Interventions in Cracow”**
5. **Przygotowanie i wygłoszenie wykładu oraz udział w dyskusji w trakcie konferencji „Across HF”**
6. **Przygotowanie i wygłoszenie wykładu w trakcie konferencji „Nowoczesna Neurologia Ambulatoryjna”**

- 3) wykonującego działalność gospodarczą w zakresie doradztwa związanego z refundacją leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

Wystawione faktury:

**Atheneum Parteners GmbH, Berlin** .....

w dniu **31.05.2024**..... w postaci

**Doradztwo dotyczące testów diagnostycznych Lp(a)**.....

- 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.

Poznań, 09.06.2024.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis)



PODPIS ZAUFANY

PRZEMYSŁAW  
MITKOWSKI

09.06.2024 15:27:10 [GMT+2]

Dokument podpisany elektronicznie  
podpisem zaufanym