

RPU/87836/2024-1B

Załącznik nr 2

WZÓR

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany

JACEK WYSOCKI

(imiona i nazwisko)

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu		
Wydział Zdrowia		
WPEŁNIO DNIA	27. 06. 2024	WPEŁNIO DNIA
L.dz.		
zał. Dyrektor		

Wydział Zdrowia

Liwia Polcyn-Nowak

Po za poznaniu 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 korzyść o wartości wyższej niż 380 zł od podmiotu:

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

Umowa cywilnoprawna na świadczenie usług medycznych oraz zarządzanie Oddziałem Obserwacyjno-Zakaźnym w Specjalistycznym Zespole Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu.

.....
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):

GlaxoSmithKline, Sanofi Pasteur.

.....
w dniu 14.06.2024 r.

w postaci: honorarium za współprzygotowanie i współprowadzenie webinaru w zakresie szczepień. /GSK/

W dniu: 20.06.2024 r.

w postaci: honorarium za udział w Advisory Board. /Sanofi Pasteur/

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

NIE

.....
.....
w dniu.....w postaci.....
.....
.....

- 4) wykonującego działalność ubezpieczeniową (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

NIE

.....
.....
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):

NIE

.....
.....
w dniu.....w postaci.....
.....
.....

- 6) który jest wytwórcą, importerem, autoryzowanym przedstawicielem lub dystrybutorem wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

NIE

.....
.....
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):

NIE

.....
.....
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):

NIE

.....
.....
w dniu.....w postaci.....
.....
.....

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Poznań, dn. 27.06.2024 r.


.....
(podpis)