

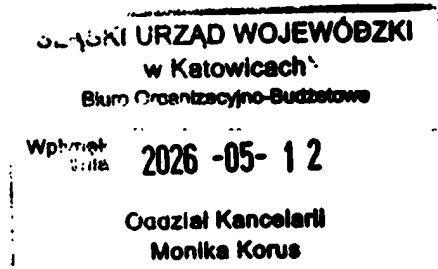
Agnieszka Sawicka

2D-VIa -

Od: Agata Jabłeka <jablekaa@katowice.uw.gov.pl>
Wysłano: poniedziałek, 11 maja 2026 06:18
Do: sawickaa@katowice.uw.gov.pl
Temat: FW: dokument
Załączniki: Oświadczenie_10V.pdf

0

From: Anetta Lasek-Bal [mailto:alasek@gcm.pl]
Sent: Sunday, May 10, 2026 7:53 PM
To: Agata Jabłeka <jablekaa@katowice.uw.gov.pl>
Cc: Kalamarz Magdalena <kalamarzm@katowice.uw.gov.pl>
Subject: dokument



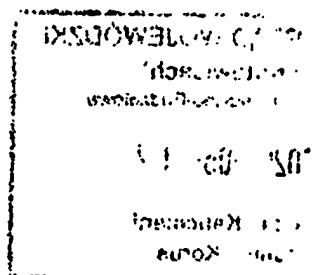
Szanowne Panie,
w załączniku posyłam dokument.

Pozdrawiam
Anetta Lasek-Bal
Konsultant wojewódzki w dziedzinie neurologii

--
Prof. dr hab. n. med. Anetta Lasek-Bal
Lekarz Kierujący Oddziałem Neurologii
Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. Leszka Gieca
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Kierownik Katedry i Kliniki Neurologii
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
40-635 Katowice, ul. Ziolowa 45-47
tel. 32 359-83-06 fax. 32 202-95-92
e-mail: alasek@gcm.pl; abal@sum.edu.pl

--
Department of Neurology
Leszek Giec Upper-Silesian Medical Centre
Medical University of Silesia (SUM) in Katowice
Head of Department: Prof. Anetta Lasek-Bal, MD, PhD
40-635 Katowice, Ziolowa 45-47, Poland
tel. el. 32 359-83-06 fax. 32 202-95-92
e-mail: alasek@gcm.pl; abal@sum.edu.pl



Informacje o dokumencie

Nazwa dokumentu: Oświadczenie_10V.pdf
Skrót z dokumentu: SHA256: bad503a1ba55b06ba8a13f10269507858881b403e22c470fc2b6a6ba890347cd
Status dokumentu: POPRAWNIE ZWERYFIKOWANY
Poprawne podpisy: 1 z 1
Czas walidacji (UTC): 2026-05-11 06:16:25
Podsumowanie walidacji:
⊙ Minister do spraw informatyzacji - pieczęć podpisu zaufanego

S-83A6D76ACB65C247E555007DD3C45E18A432138982DB0AC79C3B50A4581A0D22

Kwalifikacja podpisu: Zaawansowana pieczęć elektroniczna oparta na kwalifikowanym certyfikacie
Status: POPRAWNIE ZWERYFIKOWANY
Ostrzeżenia:
W momencie wystawienia klucz prywatny nie znajduje się w QSCD!
Certyfikat nie został utworzony przez urządzenie QSCD
Lista zaufana nie jest aktualna!
Lista zaufana wygasła!
Format podpisu: PAdES-BASELINE-B
Typ: Otoczony
Powód: Opatrzono pieczęcią ministra właściwego do spraw informatyzacji w imieniu: : ANETTA LASEK-BAL, PESEL: 73051615442, PZ ID: Abalanett2013
Funkcja skrótu: SHA256
Osadzone w podpisie dane o statusie certyfikatu:
Status: POPRAWNY
Typ: CRL
Data utworzenia: 2026-05-11T06:00:01
Data kolejnej aktualizacji: 2026-05-12T06:00:01
Certyfikat podpisujący: Centrum Kwalifikowane EuroCert
Zweryfikowane certyfikaty: Minister do spraw informatyzacji - pieczęć podpisu zaufanego
Certyfikat podpisujący:
Rodzaj certyfikatu: Certyfikat kwalifikowany pieczęci
Właściciel: Nazwa powszechna: Minister do spraw informatyzacji - pieczęć podpisu zaufanego
Kraj: PL
Firma: Ministerstwo Cyfryzacji
Algorytm klucza: RSA
Ważny od (UTC): 2024-02-13 09:27:09
Ważny do (UTC): 2027-02-12 09:27:09
Numer seryjny: efd46f5b31b845d08071c5eed94d4eb9d37d
Łańcuch certyfikatów: Minister do spraw informatyzacji - pieczęć podpisu zaufanego
Centrum Kwalifikowane EuroCert
Narodowe Centrum Certyfikacji
2026-05-10 17:50:27
2026-05-11 06:16:25
Wyznaczony, najlepszy czas podpisu w oparciu o dostępne dane (UTC):
Zakres podpisu: Zakres danych w bajtach [0, 109352, 128298, 23437]



Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(-na), **Anetta Lasek-Bal**

(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):

MERCK SP. Z O.O. ALEJE JEROZOLIMSKIE NR 142 B 02-305 WARSZAWA POLSKA

Korzyść otrzymałam w dniu 06.05.2026r. w postaci przelewu na bankowy rachunek osobisty.

MEDYCYNĄ PRAKTYCZNA-SZKOLENIA SPÓŁKA CYWILNA UL. TADEUSZA REJTANA 2 30-510 KRAKÓW

Korzyść otrzymałam w dniu 04.05.2026r. w postaci przelewu na bankowy rachunek osobisty.

BIOSTAT SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ KOWALCZYKA 17 44-206 RYBNIK

Korzyść otrzymałam w dniu 04.05.2026r. w postaci przelewu na bankowy rachunek osobisty.

OLAF GRUSZKA G-INVEST UL. KALINY 98 M.9 41-506 CHORZÓW

Korzyść otrzymałam w dniu 30.04.2026r. w postaci przelewu na bankowy rachunek osobisty.

PAIZ GROW PARTNERS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ UL. CZEREMCHOWA 21 20-807 LUBLIN

Korzyść otrzymałam w dniu 29.04.2026r. w postaci przelewu na bankowy rachunek osobisty.

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):

- 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.

(miejscowość, data)

.....
(podpis)