

Data: 2026-06-10
RPW/217624/2026 P

SP ZOZ Zespól Szpitali Miejskich
APTEKA
CZ.I-000000013027
CZ.V-01, CZ.VII-016, CZ.VII-4920
41-500 Chorzów, ul. Strzelców Bytomskich 11
tel. 32/3499-149, fax 32/241 39 52
Regon 271503410 121/100010

R

(00)859007734074219224

Pocztą Polska	zł	gr
Opłata pobrana		

ZA POTWIERDZENIEM
ODBIORU

2025

ŚLĄSKI URZĄD WOJEWÓDZKI

KURDZIAŁ ZDROWIA

ul. Jagiellońska 25

40-032 KATOWICE

Pani Magdalena Kosińska



OPŁATA POBRANA
TAXE PERÇUE - POŁOGNE
Umowa z Poczta Polska S.A.
ID 370024/S

ŚLĄSKI URZĄD WOJEWÓDZKI w Katowicach Biuro Organizacyjno-Budżetowe
Wpłynęło dnia: 2026-06-10
Oddział Kancelarii Monika Korus

dr n.med. Marcin Cichoń
śląski wojewódzki konsultant
d/s farmacji szpitalnej

Wyprodukowano w 2025 roku. Termin trwałość kleju 2 lata.

27028

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany Marcin Cichoń

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):

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

Wytwórnia Surowic i Szczepionek BIOMED Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chełmskiej 30/34

.....
w dniu 03.06.2026 w postaci przelew na konto za przeprowadzony 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.

Chorzów 09.06.2026
(miejscowość, data)

Marek Cichon
(podpis)