



Data: 2026-04-29
RPW/163674/2026 P

0289035
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
40-055 Katowice, ul. Poniatowskiego 15
tel. 32 208 36 00
(4)

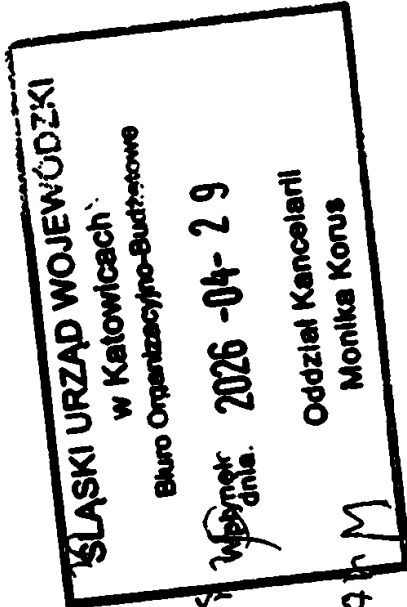
WYR

ID 470 129

LD 9202



OPŁATA POBRANA
TAXE PERÇUE-POLOGNE
Umowa z pocztą Polską S. A.
ID nr 550361/S
(2)



Wzrost 260cm

Śląski Urząd Wojewódzki

Jagiellońska 25

40-032 Katowice

R

(00)859007734134554593



(00)859007734134554593

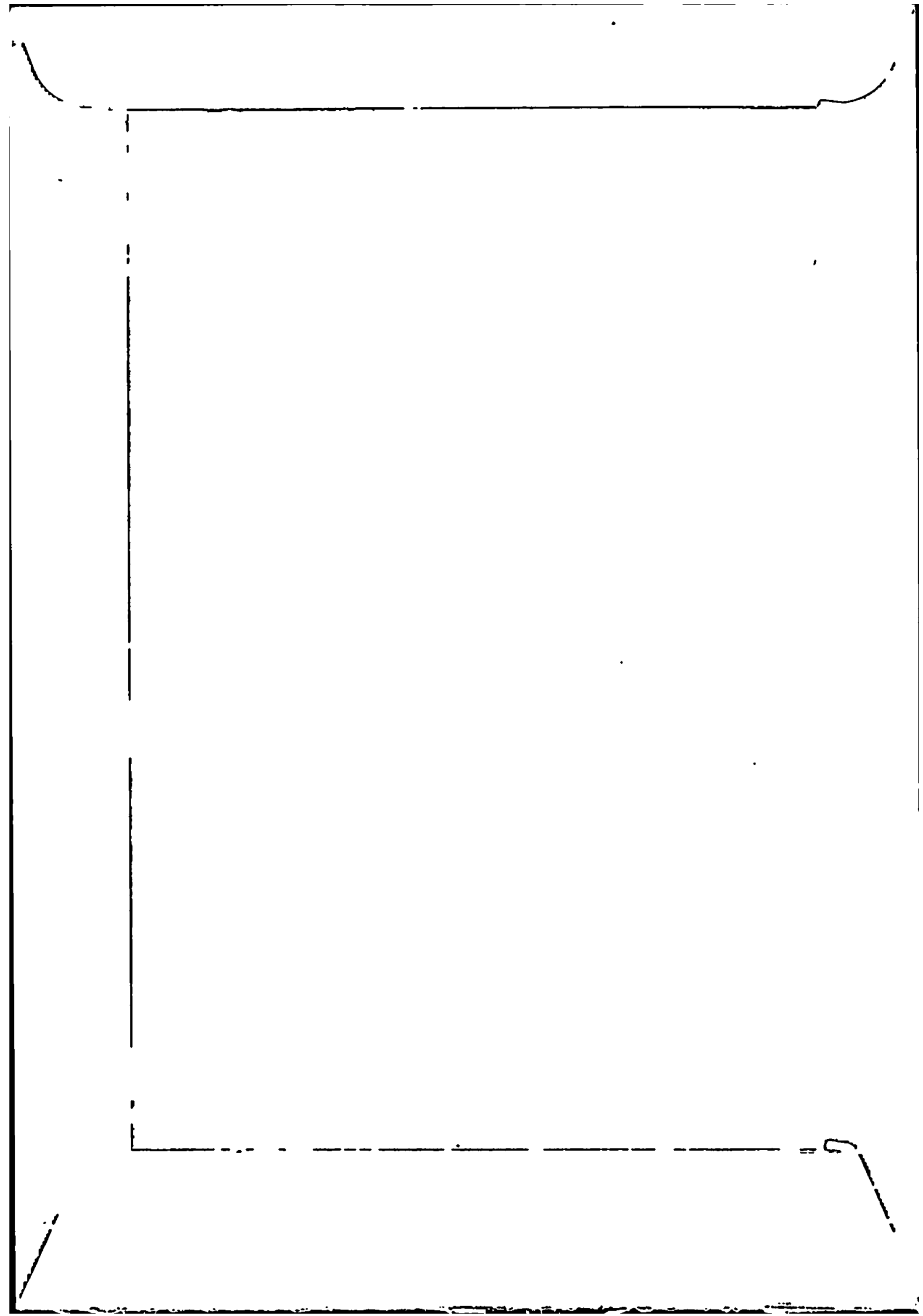


Pocztą Polska

Opłata pobrana _____ zł _____ gr

2025

5



Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(-na), TOMASZ SZCZEPAŃSKI
(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):

.....
.....
.....

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):

ROCHE POLSKA SP. Z O.O.
.....
.....

w dniu 19-22.04.2020. w postaci POWYCIA KOSZTÓW PRZELOTU, POBYTU
I UDZIAŁU W KONGRESIE ŚWIATOWEJ FEDERACJI HEMOFILII
W KUALA LUMPUR (MALEZJA).
.....
.....

- 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.

Żabrze, 27.04.2020.
(miejscowość, data)

KONSULTANT WOJEWODZKI
w Dziedzinie Onkologii
i Hematologii Dziecięcej

Prof. dr hab. n. med. Tomasz Szczępański
(podpis)