

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

474 585

ŚLĄSKI URZĄD WOJEWÓDZKI
w Katowicach
Biuro Organizacyjno-Budżetowe
Wpłynęło
dnia: 2026-05-11
Oddział Kancelarii
Dorota Błańska

Data: 2026-05-11
RPW/176888/2026 P

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



WYDZIAŁ ZDROWIA

ŚLĄSKI URZĄD WOJEWÓDZKI

ul. JAGIELLOŃSKA 25

40-032 KATOWICE ✓

R

(00)759007734516510875



(00)759007734516510875

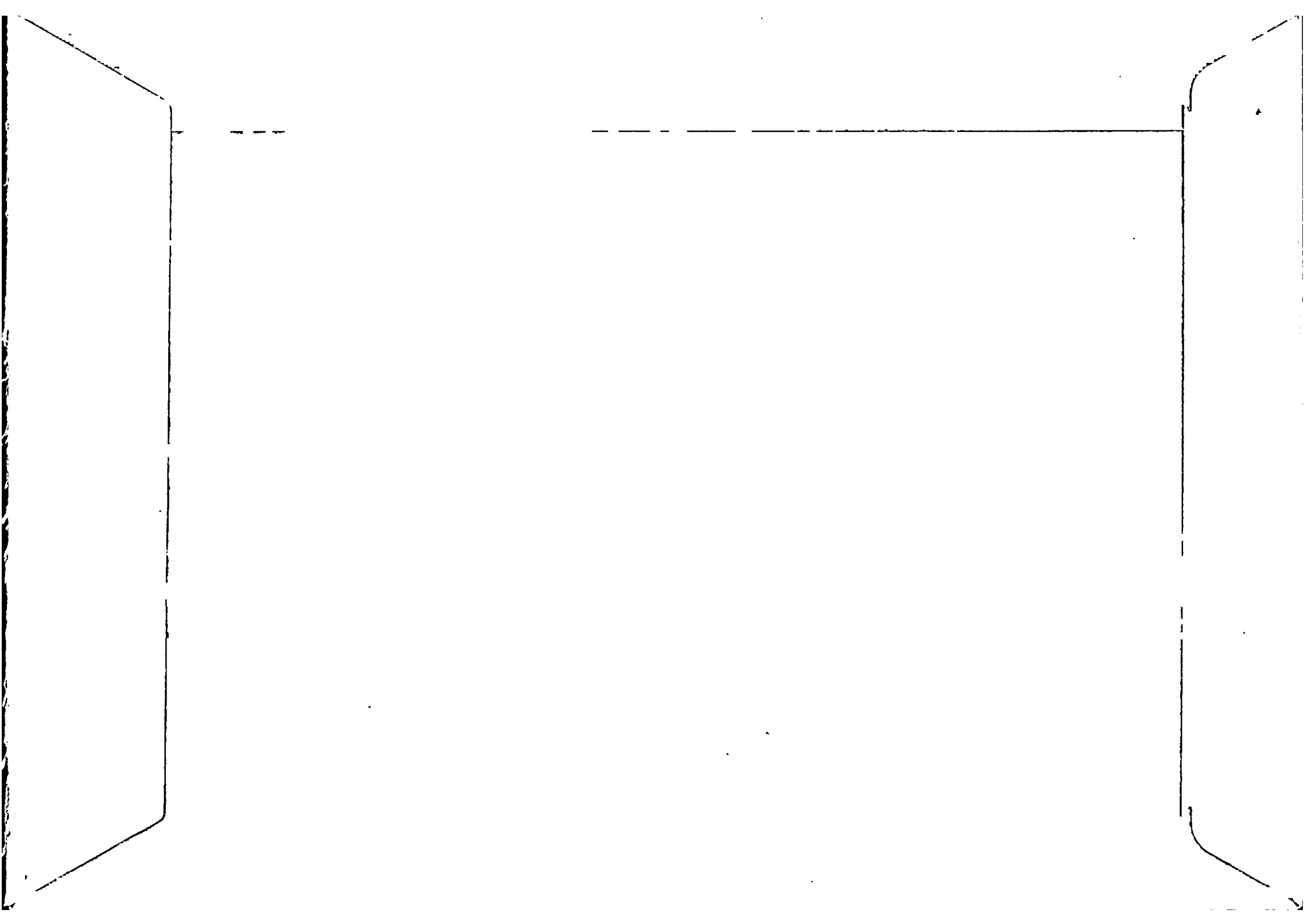
(00)759007734516510875

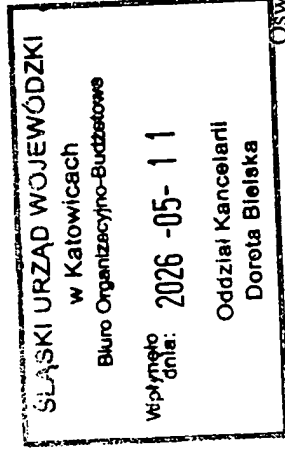


Poczta Polska

Opłata pobrana _____ zł _____ gr

2025





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):

SEEDS Sp. z o.o.

w dniu 04-06.05.2026 w postaci PAŁYCA KOSZTÓW PODRĘŻY, PODBYTU

I UCZESTNICZTA W KONFERENCJI SIOP EUROPE ANNUAL MEETING W GLASGOW

- 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.

ZABRZE, 07.05.2026
(miejscowość, data)

(miejscowość, data)

(podpis)