

3) WPS-1. 962.64. 2024 (k.p.)

WPS-1  
(treść dekretacji elektronicznej)  
Dekretacja zgodna z dekretem elektronicznym  
dokonaną dnia 24.09.24 przez

Załącznik nr 2  
do rozporządzenia Ministra Zdrowia  
z dnia 5 września 2014 r.  
w sprawie wzorów oświadczeń  
składanych przez konsultantów  
w ochronie zdrowia (Dz. U.  
z 2014 r. poz. 1207)

ZACHODNIOPOMORSKI  
W Szczecinie  
Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej  
23.09.2024

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a), Tomasz Byrski  
(imiona i nazwisko)

Ilość załączników ..... podpis .....  
ZACHODNIOPOMORSKI URZĄD WOJEWÓDZKI  
W Szczecinie  
Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej  
18.09.2024  
Nr .....  
Ilość załączników ..... podpis .....

po zapoznaniu się z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia  
(Dz. U. z 2024 r. poz. 69.) oświadczam, że uzyskałem(am) korzyść o wartości wyższej niż 533,04 zł  
od podmiotu:

1) wykonującego działalność leczniczą (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):  
firma Merck

w dniu 13-17.09.2024 w postaci zwołań kosztu przejazdu, pokaitu  
i opłaty konferencyjnej na Europejskim Kongresie Onkologicznym  
ESNO 2024 odbywającego się w dni 13-17.09.2024  
w Barcelonie (podróż w ramach wyjazdu służbowego PIT)

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, 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(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

*Mewu, 18.08.2024.*  
.....  
(miejscowość, data)

KONSULTANT WOJEWÓDZKI  
dla obszaru województwa zachodniopomorskiego  
w dziedzinie onkologii klinicznej

*Byrski*  
prof. dr hab. n. med. Tomasz Byrski  
(podpis)