



J. Woźniak
Kierownik
Oddziału Doskonalenia Kadr Medycznych

P. Kuciński
Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 5 września 2014r. (poz. 1207)
Załącznik nr 2

16.10.2025
Oświadczenie

KUJAWSKO-POMORSKI URZĄD WOJEWÓDZKI
w Bydgoszczy
Wydział Organizacyjny

.....ęto: **14. 10. 2025**

KANCELARIA OGÓLNA

RUP - 225944 - 025

Ja, niżej podpisany(-na), **Grażyna Gebuza**

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 559,69 zł od podmiotu:

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

..... **nie dotyczy**

w dniu w postaci

..... **nie dotyczy**

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):

..... **nie dotyczy**

w dniu w postaci

..... **nie dotyczy**

3) wykonującego działalność gospodarczą w zakresie doradztwa związanego z refundacją leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

..... **nie dotyczy**

w dniu w postaci

..... **nie dotyczy**

4) wykonującego działalność ubezpieczeniową (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

..... **nie dotyczy**

w dniu w postaci

..... **nie dotyczy**

geb

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):

..... *nie dotyczy*

w dniu w postaci

..... *nie dotyczy*

6) który jest wytwórcą, importerem, autoryzowanym przedstawicielem lub dystrybutorem wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

..... *nie dotyczy*

w dniu w postaci

..... *nie dotyczy*

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):

..... *nie dotyczy*

w dniu w postaci

..... *nie dotyczy*

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):

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych we Włocławku

Dziewińska 17, 87-800 Włocławek

Udział w Kujawsko-Pomorskiej Konferencji Uzdrawiskowej - Lecznictwo uzdrawiskowe jako integralna część ochrony zdrowia

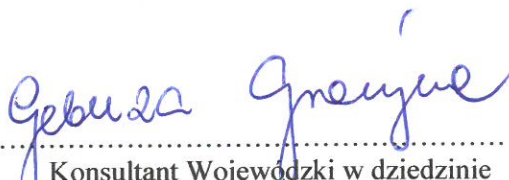
03-05.10.2025r. - Wieniec Zdrój

4.10.2025r. – Ciechocinek

***Udział w konferencji - w postaci pokrycia kosztów uczestnictwa, zakwaterowania i wyżywienia.
(03-05.10.2025 r.)***

Jestem świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Toruń, dn. 13.10.2025r.


.....
Konsultant Wojewódzki w dziedzinie
pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego
/dokument podpisany elektronicznie/