



Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(-na), Mirona Flisikowska-Wilczek
(imię 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 442,2 zł od podmiotu:

1. wykonującego działalność leczniczą (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):
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): Biofarm (opłata rejestracyjna, nocleg) w dniach 23-25.05, 2024 - 12 Ogólnopolski Kongres Starzenia, Pacjent 65 + W Codziennej Praktyce Lekarskiej
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
.....
5. 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.

Olsztyn 27.05.2024

(miejscowość, data)

Mirona Flisikowska-Wilczek
KONSULTANT WOJEWÓDZKI
W DZIEDZINIE MEDYCyny RODZINNEJ
WOJEWÓDZTWA WARMIŃSKO-WIŁKIEZKIEGO
Mirona Flisikowska-Wilczek
KW w dziedzinie medycyny rodzinnej
(podpis)