

Wielkopolski Urząd Wojewódzki  
w Poznaniu  
KANCELARIA GŁÓWNA

WPLYNĘŁO DZIA 11. 02. 2026 WPLYNĘŁO DZIA

L.dz. ....  
zał. ....

Wielkopolski Urząd Wojewódzki  
w Poznaniu  
Wydział Zdrowia

WPLYNĘŁO DZIA 11. 02. 2026 WPLYNĘŁO DZIA

L.dz. ....  
zał. ....

RPW/25086/2026-1P



EZD RP WUW Poznań  
(01-IX)  
Data rejestracji: 2026-02-11  
Data wpływu: 2026-02-11

Dyrektor Wydziału Zdrowia

Ja, niżej podpisany(-na), .....

*Kataryna Reguś*

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):

*Accord Healthcare Polska sp. z o.o. ul. Winiarska 2, 02-677 Warszawa*

w dniu *06.02.2026* w postaci *sponsorowania udziału w wydaneniu o charakterze naukowym 3D Kongres EMAP*

- 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

*poznań, 06.02.2016*  
(miejscowość, data)

KIEROWNIK APTEKI

*K. Regulska*  
dr hab. n. farm. Katarzyna Regulska  
(podpis)

KONSULTANT  
WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO  
W DZIEDZINIE FARMACJI SZPITALNEJ

dr hab. n. farm. Katarzyna Regulska