

EZD RP WUW Poznań  
(OI-IX)Data rejestracji:  
2026-03-11

Data wpływu: 2026-03-11

Wielkopolski Urząd Wojewódzki  
w Poznaniu  
Wydział ZdrowiaWPLYNĘŁO  
DNIA

11.03.2026

WPLYNĘŁO  
DNIAWPLYNĘŁO  
DNIAWPLYNĘŁO  
DNIAWielkopolski Urząd Wojewódzki  
w Poznaniu  
KANCELARIA GŁÓWNAWPLYNĘŁO  
DNIA

11.03.2026

WPLYNĘŁO  
DNIA

Dyrektor Wydziału Zdrowia

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(-na), Karina Barbara Stefańska-Wronka,  
(imię i nazwisko)

11.03.2026

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):  
Nie  
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):  
.Nie  
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):  
Nie  
w dniu ..... w postaci .....
- 4) wykonującego działalność ubezpieczeniową (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):  
Nie  
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):  
Nie  
w dniu ..... w postaci .....
- 6) który jest wytwórcą, importerem, autoryzowanym przedstawicielem lub dystrybutorem wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):  
Nie  
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):  
Nie  
w dniu ..... w postaci .....
- 8) będącego współnikiem 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 .....

Oświadczam, że w dniu 5.03.2026 wystawiłam fakturę jako wynagrodzenie dla wykładowcy Szkoły Żywności i Metabolizmu na poczet Polskiego Towarzystwa Żywności i Metabolizmu, ul. Banacha 1a, 02-097 Warszawa.

Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....Poznań, 5.03.2026.....  
(miejscowość, data)

Konsultant Wojewódzki

o specjalności anestezjologii i intensywnej terapii

dr n. med. Karina Stefańska-Wronka

## Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(-na), ..Karina Barbara Stefańska-Wronka..

(imiona i nazwisko)

urodzony(-na) 28.11.1969 we Wrześni

zamieszkały(-ła) w 61-680 Poznań, ul.Szklarniowa 11H

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):  
Nie  
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):  
.Nie  
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):  
Nie  
w dniu ..... w postaci .....
- 4) wykonującego działalność ubezpieczeniową (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):  
Nie  
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):  
Nie  
w dniu ..... w postaci .....
- 6) który jest wytwórcą, importerem, autoryzowanym przedstawicielem lub dystrybutorem wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):  
Nie  
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):  
Nie  
w dniu ..... w postaci .....
- 8) będącego współnikiem 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 .....

Oświadczam, że w dniu 4.03.2026 podpisałam umowę z Polskim Towarzystwem Żywienia Pozajelitowego Dojelitowego i Metabolizmu ul. Banacha 1a, 02-097 Warszawa na wykłady w czasie kursu „Akademia Leczenia Żywieniowego” w dniu 22.03.2026.

Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....Poznań, 4.03.2026.....

(miejscowość, data)

*Karina Stefańska-Wronka*  
Konsultant w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii  
(podpis)

dr n. med Karina Stefańska-Wronka