

Wielkopolski Urząd Wojewódzki  
w Poznaniu  
Wydział Zdrowia

WPLYNEŁO  
DNIA 07. 04. 2026

WPLYNEŁO  
DNIA

L.dz. ....

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(-na), Katarzyna Małgorzata Ziolkowska  
(imię i nazwisko)

Wielkopolski Urząd Wojewódzki  
w Poznaniu  
KANCELARIA GŁÓWNA

WPLYNEŁO  
DNIA 03. 04. 2026

WPLYNEŁO  
DNIA

L.dz. ....

Kinga Lesniewska

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 444,20 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):

.....

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 .....

.....

RPW/56095/2026-1P



EZD RP WUW Poznań  
(OI-IX)

Data rejestracji:

2026-04-03

Data wpływu: 2026-04-03

- 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 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):

IN&OUT Wiktoria Bożek  
ul. Warszawska 37/2  
61-028 Poznań

Organizator IV Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Zakażenia w perinatologii, ginekologii i neonatologii”, w dniu 20.03.2026 r., w postaci wypłaty wynagrodzenia za przygotowanie i wygłoszenie wykładu: „Cienie interpretacji serologicznej w diagnostyce CMV i toksoplazmozy”.  
Sponsor firma Roche Diagnostics Polska

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

*Bożek dr. 02.04.2026*  
.....  
(miejscowość, data)

*Watarzyna Ziobrowska*  
.....  
(podpis)