

## Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(-na), Krystyna Irena Paszko

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):  
Fundacja „Razem zmieniamy świat” (Fundatorem Fundacji są Toruńskie zakłady Materiałów Opatrunkowych”  
 w dniu 13-15.09.2022 w postaci kosztów pobytu (nocleg + wyżywienie) w trakcie Międzynarodowej Konferencji Opieki Długoterminowej” w Toruniu.

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 .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

w dniu ..... w postaci .....

.....

.....

.....

w dniu ..... w postaci .....

.....

.....

.....

w dniu ..... w postaci .....

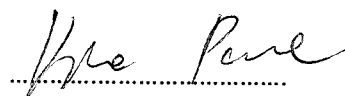
Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

14. 10. 2021  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis)

## KLAUZULA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH (zgodnej z RODO)

1. Po zapoznaniu się z klauzulą informacyjną, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych, prawie ich poprawiania i możliwości ich wycofania, wyrażam, zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez administratora danych Wojewodę Pomorskiego, adres: ul. Okopowa 21/27, 80-810 Gdańsk, w celu zapewnienia realizacji zadań z zakresu przyjmowania oświadczeń składanych przez konsultantów wojewódzkich w dziedzinach medycznych zgodnie z art.8c ust.2-3, art.8d.ust. 1 i 8e. ust. 1-2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz.U z 2017 r., poz.890).
2. W przypadku niepodania danych niemożliwe jest powołanie Pani/Pana na konsultanta w ochronie zdrowia.
3. Podane przez Panią/Pana dane nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim. Odbiorcami danych będą tylko instytucje upoważnione z mocy prawa (Ministerstwo Zdrowia i Centralne Biuro Antykorupcyjne).
4. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.
5. Zgodę wyrażam na czas trwania pełnienia funkcji konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie medycznej wraz z okresem archiwizacji.
6. Swoje dane osobowe podaję dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
7. Kontakt do Inspektora ochrony danych w Pomorskim Urzędzie Wojewódzkim w Gdańsku: [iod@gdansk.uw.gov.pl](mailto:iod@gdansk.uw.gov.pl)



(podpis składającego oświadczenie)

