

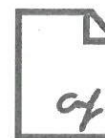
KUJAWSKO-POMORSKI URZĄD WOJEWODZKI
w Bydgoszczy
WYDZIAŁ ZDROWIA

Wpłynęło: 20.05.2025

Nr: W2-S-2036-2025

J. Wodnicki
Kierownik
Oddziału Doskonalenia Kadr Medycznych

Zdzisława Wiekierak
20.05.2025



PODPIS ZAUFANY
MILENA RENATA
ŚWITOŃSKA
19.05.2025 23:45:01 (GMT+2)
Dokument podpisany elektronicznie
poświadczeniem zaufanym

Załącznik nr 2

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a), Milena Renata Świtowska
(imiona 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(am) korzyść o wartości wyższej niż 380 zł od podmiotu:

1) wykonującego działalność leczniczą (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

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

KUJAWSKO-POMORSKI URZĄD WOJEWODZKI
w Bydgoszczy
Wydział Organizacyjny

Wpłynęło: 20.05.2025

KANCELARIA OGÓLNA
RAP-113367-2025

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):

FIRMA ABBVIE Sp. z o.o. w Poznaniu 21B,
ul. ARSUNIA, ze siedzibą i siedzibą oraz
pobyt w Hotelu
w dniu 7-12.05.2025 w postaci opieki w hotelu oraz
polowywanie kontenerów opłat znowalonych
na kontenerach INTERO w Nowym Jorku

3) wykonującego działalność gospodarczą w zakresie doradztwa związanego z refundacją leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

Kancelaria Ogólna



AAC298068

.....
.....
.....
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(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Bydgoszcz 19.05.2017
(miejscowość, data)

Witold Mroczek
(podpis)