

### Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a), Mariola Elżbieta  
Marchlewicz.....  
(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 uzyskałam 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  
żywnościowego, wyrobem medycznym (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

JANSSEN CILAG POLSKA SP. Z O.O.  
ul. Hłzecka 24  
02-135 Warszawa  
NIP : 522-266- 57-19

Przygotowanie i moderowanie debaty: "Pacjent z łuszczycą - wyzwanie dla dermatologa i  
reumatologa w praktyce klinicznej od diagnozy do leczenia", Lublin,  
24/05/2025.....  
.....

- 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, importerem, 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.

Szczecin 21.05.2025  
(miejscowość, data)

KONSULTANT WOJEWÓDZKI  
dla obszaru województwa zachodniopomorskiego  
w dziedzinie dermatologii i wenerologii  
prof. dr hab. n. med. Mariola Marchlewicz  
(podpis)

KONSULTANT WOJEWÓDZKI  
dla obszaru województwa zachodniopomorskiego  
w dziedzinie dermatologii i wenerologii

prof. dr hab. n. med. Mariola Marchlewicz