

WRS-1 K. Postawa  
dokreślona podlega sekretacji elektronicznej  
data dnia 13.05.2015 przez

**Załącznik nr 2**  
do rozporządzenia Ministra Zdrowia  
z dnia 5 września 2014 r.  
w sprawie wzorów oświadczeń  
składanych przez konsultantów  
w ochronie zdrowia (Dz. U.  
z 2014 r. poz. 1207)  
09.05.2015  
105592  
załączników

### Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a), .....Elżbieta Monika Petriczko.....  
(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:

wykonującego działalność leczniczą (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):  
umowa z firmą

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ul. Fredry 10-61-701 Poznań

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 .....

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 .....

**przygotowanie recenzji habilitacyjnej dr n. med. Patrycji Krzyżanowskiej- Jankowskiej**

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

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

.....  
.....  
.....  
2) 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 .....

.....  
.....  
.....  
3) który jest wytwórcą, importerem, autoryzowanym przedstawicielem lub dystrybutorem wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

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

.....  
.....  
.....  
4) 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 .....

5) 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.

*Świdwa 12/05/2025.*  
(miejscowość, data)

KONSULTANT WOJEWÓDZKI  
dla obszaru województwa zachodniopomorskiego  
w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej  
(podpis)

*dr hab. n. med. Elżbieta Petriczko*