

Wielkopolski Urząd Wojewódzki
w Poznaniu
KANCELARIA GŁÓWNA

Wpłynęło
Dnia 01.10.2025

Oddział
Kierownik
Dnia 01.10.2025

L.dz.
zał.

Wielkopolski Urząd Wojewódzki
w Poznaniu
Wydział Zdrowia

Wpłynęło
Dnia 01.10.2025

Wpłynęło
Dnia 01.10.2025

Legenda: 2D-IV

Oświadczenie

RPW/134097/2025-1P

EZD RP WUW Poznań
(OI-IX)

Data rejestracji:
2025-10-01

Data wpływu: 2025-10-01

Ja, niżej podpisany(-na), **Dorota Magdalena Prokop**
(imiona i nazwisko)

Dyrektor Wydziału Zdrowia

Ewa Pandoicz

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: **Sandoz Polska Sp. z o.o.**

- 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 dniach 12-14.10.2025, w postaci opłaty za udział w Konferencji naukowo-szkoleniowej dla pracowników aptek szpitalnych "XXVI Ogólnopolskie Spotkanie Farmacji Onkologicznej"

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

Poznań, 29.09.2025r.

.....
(miejscowość, data)

KONSULTANT
WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO
W DZIEDZINIE FARMACJI KLINICZNEJ

Prokop
mgr farm. Dorota Prokop

.....
(podpis)