

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu KANCEŁARIA GŁÓWNA		
WPLYNEŁO DNIA	19. 09. 2025	WPLYNEŁO DNIA
L.dz. zał.		

BA
Przebieg o doświadczenie
19. 09. 2025
Kierownik
Jednostki
Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia
Kinga Leśniewska
Oświadczenie
PIOTR EDER

RPW/127965/2025-1P

EZD RP WUW Poznań (01-IX) Data rejestracji: 2025-09-19 Data wpływu: 2025-09-19
--

Ja, niżej podpisany(-na),

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:

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

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu Wydział Zdrowia		
WPLYNEŁO DNIA	19. 09. 2025	WPLYNEŁO DNIA
L.dz. ZD-IV zał.		

Dyrektor Wydziału Zdrowia

- 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):

1) Instytut Centrum Zdrowia Dziecka → wynagrodzenie za
w. Warszawa 4/9/2025 mecenizacja

w dniu w postaci

2) BIO RESEARCH PHARM Sp. z o.o. 5/9/2025 → wynagrodzenie za
konsultację marketingową

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

Powon 14/9/2025
(miejscowość, data)

Piotr SŁ
(podpis)