



Data: 2026-01-15
RPN/15055/2026 P

289035
Jaski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
40-055 Katowice, ul. Poniatowskiego 15
tel. 32 208 36 00
(4)

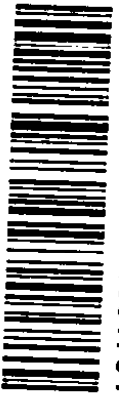
10 415485

10229

KATOWICE
OPŁATA POBRANA
KRAJE PERÇUE-POLOGNE
Prowa z pocztą Polską S. A.
ID nr 550361/S
(5)
AF

R

(00)659007734251681734



(00)659007734251681734

Poczta Polska

Opłata pobrana _____ zł _____ gr

2024

Wydział Zdrowia

Śląski Urząd Wojewódzki

ul. Jagiellońska 25

40-032 Katowice

SLASKI URZAD WOJEWÓDZKI

w Katowicach

Biuro Dokumentacji i Ruchomości

Oddział Kancelarii

Monika Korus

51-10-9202

Wpłynęło
Data:

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(-na),

TOMASZ SZLZEPAŃSKI

(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(-łam) 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 żywieniowego, wyrobem medycznym (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

.....
.....
.....
w dniu 10.01.2026 r. w postaci HONORARIUM ZA WYKŁAD I TRANSCIE
KONFERENCJI "Co nowego w ONKOLOGII I HEMATOLOGII DZIECIĘCJ"
.....
.....

- 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.

2ABZ25, 12.01.2006r.
(miejscowość, data)

.....
.....
.....
(podpis)