

Wielkopolski Urząd Wojewódzki  
w Poznaniu  
KANCELARIA GŁÓWNA

|                  |              |                  |
|------------------|--------------|------------------|
| WPLYNĘŁO<br>DNIA | 18. 01. 2024 | WPLYNĘŁO<br>DNIA |
|------------------|--------------|------------------|

L.dz. ....  
zał. ....

*Przebieg - okaleczenie*

EZD RP WUW Poznań  
(OI-IX)  
Data rejestracji: 2024-01-18  
Data wpływu: 2024-01-18

*Proszę o dalsze  
przebieg*

*Zastępca Dyrektora  
Wydziału Zdrowia*  
*Anna Leśniewska*  
*2024-01-19*

**Oświadczenie**  
(imiona i nazwiska)

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 .....  
.....  
.....

*Wielkopolski Urząd Wojewódzki  
Wydział Zdrowia  
18. 01. 2024  
WPLYNĘŁO  
DNIA*

*ZD-IV  
Dyrektor  
Wydziału Zdrowia  
Janusz Polyn-Nowak*

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):

.....  
.....  
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):

.....  
.....  
.....  
.....

- 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):

TERMEDIA Sp. Z O.O. ul. Kleeberga , 61-615 Poznań za opracowanie i wygłoszenie wykładu podczas „TPP Pulmonological Trends 2023” w dniu 1.12.2023r w Poznaniu.

Rachunek wystawiłam w dniu 12.01.2024r.

Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia

Poznań, 12.01.2024  
.....  
(miejscowość, data)

(podpis)

hab. med. Paulina Sobkowicz  
SPECJALISTA  
PEDIATRA  
PULMONOLOG  
52/B5203