



\*WUW230146404\*

*Zastępca Dyrektora  
Wydziału Zdrowia*

*Kinga*

Wielkopolski Urząd Wojewódzki  
w Poznaniu  
KANCELARIA GŁÓWNA

WPRZYJĘTO DNIA	19. 12. 2023	WPRZYJĘTO DNIA
L.dz.		
zał.		

*14451212m*

WZÓR

Oświadczenie

Wielkopolski Urząd Wojewódzki  
w Poznaniu  
Wydział Zdrowia

WPRZYJĘTO DNIA	19. 12. 2023	WPRZYJĘTO DNIA
L.dz.		
zał.		

Dyrektor  
Wydziału Zdrowia

Załącznik nr 2

2D-IV

Ja, niżej podpisany(-na),

(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):

*Radosław Lipiński 90Consulting*  
*ul. Nowbucka 83M36, 02-524 Warszawa*

w dniu *04.12.2023* w postaci *honorarium za przygotowanie*  
*opracowanie układu pt. Rola Radosławski*  
*oraz leczenia wale stercia" podlega konfencji*  
*GR w Warszawie.*

- 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, 16.12.2023*

(miejscowość, data)

71481 Prof. dr hab. n. med. Piotr *Piotrowski*  
specjalista radiologii onkologicznej  
specjalista medycyny paliatywnej  
(podpis) *Piotrowski*  
50 76 38-442

