



EZD RP WUW Poznań

(OI-IX)

Data rejestracji:

2025-10-17

Data wpływu: 2025-10-17

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu Wydział Zdrowia		
WPLYNEŁO DNIA	17. 10. 2025	WPLYNEŁO DNIA
L.dz. 2DIV Dyrektor Wydziału Zdrowia		
Oświadczenie		

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu KANCELARIA GŁÓWNA		
WPLYNEŁO DNIA	17. 10. 2025	WPLYNEŁO DNIA
L.dz. zał.		

Ja, niżej podpisany(-na),

Katarzyna Repulska

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, środkami spożywczymi specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobem medycznym (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

Nestle Polska S.A.

w dniu 07.10.2025 w postaci sponsora udzielnego

w konferencji naukowej XX Ogólnopolska Konferencja
 Naukowa i Sekcji Tygodnia Do-6 Krajowego
 Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego

- 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

.....

.....

10. 2025

- 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, 29/10/2015
.....
(miejscowość, data)

[Podpis]
.....
(podpis)

KONSULTANT
WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO
W DZIEDZINIE FARMACJI SZPITALNEJ

dr hab. n. farm. Katarzyna Regulska