



EZD RP WUW Poznań
(01-IX)
Data rejestracji:
2026-01-22
Data wpływu: 2026-01-22

Kierownik
Oddziału Zdrowia Publicznego
w Wydziale Zdrowia

Kinga Lesniewska

Oświadczenie

22.01.2026

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu KANCELARIA GŁÓWNA		
WPLYNĘŁO DNIA	22. 01. 2026	WPLYNĘŁO DNIA
L.dz. zał.		

Ja, niżej podpisany(-na), **Jakub Moskal**

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 w Poznaniu Wydział Zdrowia		
WPLYNĘŁO DNIA	22. 01. 2026	WPLYNĘŁO DNIA
Dyrektor Wydziału Zdrowia L.dz. 25-IV zał. Ewa Panowicz		

- 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):

.....

I Zjazd Polskiego Towarzystwa Neuroonkologii, 9-10.01.2026 r.
Bydgoszcz

Opłacenie uczestnictwa i Hotel 1 noc Inomed Polska Sp. z o.o. z siedzibą
przy ul. Bursztynowa 4/D1, 83-021 Rokitnica,

- 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, 18.01.2026
(miejscowość, data)

KONSULAT WARSZAWSKI
w dziedzinie neurochirurgii
dla Regionu Wielkopolskiego
(podpis)
dr n. med. Jakub Moskal