

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu KANCELARIA GŁÓWNA		
WPEŁNYŁO DNIA	14. 11. 2025	WPEŁNYŁO DNIA
L.dz. ....		

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu Wydział Zdrowia	
WPEŁNYŁO DNIA	14. 11. 2025
L.dz. 2DIV	

Dyrektor Wydziału Zdrowia

Ewa Panowicz

RPW/156095/2025-1P



EZD RP WUW Poznań  
(OI-IX)  
Data rejestracji:  
2025-11-14  
Data wpływu: 2025-11-14

Karina Barbara Stefańska-Wronka..

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):  
Nie  
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):  
.Nie  
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):  
Nie  
w dniu ..... w postaci .....
- 4) wykonującego działalność ubezpieczeniową (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):  
Nie  
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):  
Nie  
w dniu ..... w postaci .....
- 6) który jest wytwórcą, importerem, autoryzowanym przedstawicielem lub dystrybutorem wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):  
Nie  
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):  
Nie  
w dniu ..... w postaci .....
- 8) będącego współnikiem 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 .....

Oświadczam, że w dniach 5-6.11.2025 podpisałam umowę z Centrum Egzaminów Medycznych na udział w Komisji Egzaminacyjnej z anestezjologii i intensywnej terapii

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

Poznań 4.11.2025  
(miejscowość, data)

Konsultant  
w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii

(podpis)  
dr n. med Karina Stefańska-Wronka