

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu KANCELARIA GŁÓWNA		
WPLYNĘŁO DNIA	19. 12. 2025	WPLYNĘŁO DNIA
L.dz. zał.		

19. 12. 2025

Oddziału Zdrowia Publicznego
w Wydziale Zdrowia

Kinga Leśniewska

Oświadczenie

Piotr Eder

Ja, niżej podpisany(-na),

RPW/176699/2025-1P



EZD RP WUW Poznań
(OI-IX)
Data rejestracji:
2025-12-19
Data wpływu: 2025-12-19

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 444,20 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	20. 12. 2025
WPLYNĘŁO DNIA	
Dyrektor Wydziału Zdrowia	
Ewa Papiwicz	

- 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):

1) 5.12.2025 JANSSEN-CILAG wynagrodzenie za wykład
Sp. z o.o.

w dniu w postaci

2) 10.12.2025 EW Lilly Sp. z o.o. wynagrodzenie za wykład

3) 8-10.12.2021 TALENT PHARMACEUTICALS udział w konferencji AIBO 2025

- 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, 15.12.2025
.....
(miejscowość, data)

[Signature]
.....
(podpis)