



EZD RP WUW Poznań  
(OI-IX)  
Data rejestracji:  
2025-12-31  
Data wpływu: 2025-12-31

## WZÓR

## Oświadczenie

Ja, niżej podpisany

JACEK WYSOCKI

(imiona i nazwisko)

Wielkopolski Urząd Wojewódzki  
w Poznaniu  
Wydział Zdrowia

Wielkopolski Urząd wojewódzki w Poznaniu KANCELARIA GŁÓWNA		
WPEŁNIO DNIA	31. 12. 2025	WPEŁNIO DNIA
L.dz.		

2025

Po za poznaniu 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 korzyść o wartości wyższej niż 380 zł od podmiotu:

- 1) Wykonującego działalność leczniczą (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

Umowa cywilnoprawna na świadczenie usług medycznych oraz zarządzanie Oddziałem Obserwacyjno-Zakaźnym w Specjalistycznym Zespole Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu.

.....  
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):

Pfizer Polska sp. z o.o., Viatris Healthcare sp. z o.o.

.....

w dniu 17.12.2025 r.

w postaci honorarium za prowadzenie sesji i aktywny udział w sesji naukowej w czasie kongresu dla lekarzy/ Pfizer Polska sp. z o.o./,

w dniu 18.12.2025 r.

w postaci honorarium za przygotowanie i wygłoszenie wykładu na konferencji dla lekarzy /Viatris Healthcare sp. z o.o./

- 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.....  
.....  
.....

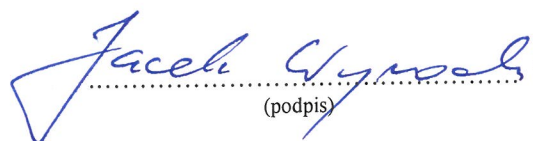
- 8) będącego wspólnikiem lub partnerem spółki handlowej lub stroną umowy spółki cywilnej wykonującej działalność, o której mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

NIE

.....  
.....  
w dniu.....w postaci.....  
.....  
.....

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Poznań, dn. 29.12.2025 r.

  
(podpis)