

ZACHODNIOPOMORSKI URZĄD WOJEWÓDZKI
w Szczecinie
Wydział Zdrowia Publicznego i Rynku Pracy

dnia 12. 03. 2026

Nr 54013
Ilość zał. podpis

Załącznik nr 2
do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 5 września 2014 r.
w sprawie wzorów oświadczeń
składanych przez konsultantów
w ochronie zdrowia (Dz. U.
z 2014 r. poz. 1207)

288P-1 kłatek
(treść deklaracji umieszczonej na dokumencie elektronicznym)
Deklaracja zgodna z deklaracją elektroniczną
dokonaną dnia przez

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a), Elżbieta Monika Petriczko.....

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(am) 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, środkiem spożywczym specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobem medycznym (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

GreenLight Consulting Sp. z o.o.,
91-528 Łódź, ul. Szmaragdowa 1
NIP: 726-25-70-512

w dniu w postaci . Przygotowanie i wygłoszenie wykładów zgodnie z umową „Długodziałający hormon wzrostu – dla kogo?” oraz „IGF-1 – parametr bezpieczeństwa terapeutycznego, rola dużych badań Real World” podczas IV Wrocławskie Spotkania z Endokrynologią i Diabetologią

Dziecięcą we Wrocławiu w dniach 6-7.03.2026 r.....

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

.....
.....
.....
3) wykonującego działalność ubezpieczeniową (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):
.....
.....
.....

w dniu w postaci

.....
.....
.....
4) 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

.....
.....
.....
5) który jest wytwórcą, importerem, autoryzowanym przedstawicielem lub dystrybutorem wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):
.....
.....
.....

w dniu w postaci

- 6) 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

.....
.....
.....

- 7) 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(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Ł. Arciś 10/03/2026
(miejscowość, data)

[Signature]
KONSULTANT WOJEWÓDZKI
dla obszaru województwa zachodniopomorskiego
w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej
(podpis)
dr hab. n. med. Elżbieta Petriczko