

Urząd Wojewódzki  
w Poznaniu  
Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia

WPLYNĘŁO  
DNIA 10. 07. 2017

WPLYNĘŁO  
DATA

L.dz. ....  
zał. ....

Ja, niżej podpisany(-na) .....



\*WUW170330547\*

# Oświadczenie

*Andrzej Antek*  
.....  
.....

Wielkopolski Urząd Wojewódzki  
w Poznaniu

WPLYNĘŁO  
DNIA 10. 07. 2017

WPLYNĘŁO  
DATA

.....  
.....

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):

1. - *Wydział - Wielkopolskie Centrum Onkologii*  
2. - *Instytut Medyczny - Międzywzrostowy Instytut Onkologii*  
*Onkologii - zespół regionalny*

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

3. *Terminacja Porodu - wulcan*  
*zrealizowana w dniu 18.7.2017; wykonana*  
*realizacja w dniu 18.7.2017*

- 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):

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):

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):

*Uzupelnione, 14.07.2017*  
*Inspektor*  
*Katarzyna Hoffmann*  
*15.07.2017*

.....  
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 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 .....

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

Ponieważ 6.7.2017

(miejscowość, data)

.....

(podpis)