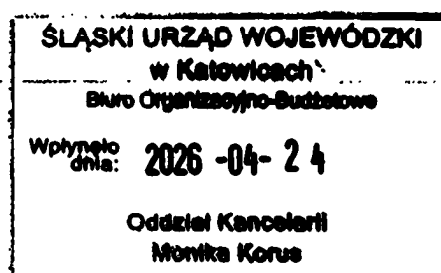


Joanna Bykowska

Od: Agnieszka Sawicka <sawickaa@katowice.uw.gov.pl>
Wysłano: czwartek, 23 kwietnia 2026 10:37
Do: bykowskaj@katowice.uw.gov.pl
Temat: FW: dokument
Załączniki: Oświadczenie_22KWl.pdf

From: Agata Jableka <jablekaa@katowice.uw.gov.pl>
Sent: Thursday, April 23, 2026 8:19 AM
To: sawickaa@katowice.uw.gov.pl
Subject: FW: dokument

From: Anetta Lasek-Bal [mailto:alasek@gcm.pl]
Sent: Wednesday, April 22, 2026 5:21 PM
To: Agata Jableka <jablekaa@katowice.uw.gov.pl>
Subject: dokument



Szanowne Panie,
w załączniku posyłam dokument.

Pozdrawiam
Anetta Lasek-Bal
Konsultant wojewódzki w dziedzinie neurologii

--
Prof. dr hab. n. med. Anetta Lasek-Bal
Lekarz Kierujący Oddziałem Neurologii
Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. Leszka Gieca
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Kierownik Katedry i Kliniki Neurologii
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
40-635 Katowice, ul. Ziołowa 45-47
tel. 32 359-83-06 fax. 32 202-95-92
e-mail: alasek@gcm.pl; abal@sum.edu.pl

--
Department of Neurology
Leszek Giec Upper-Silesian Medical Centre
Medical University of Silesia (SUM) in Katowice
Head of Department: Prof. Anetta Lasek- Bal, MD, PhD
40-635 Katowice, Ziolowa 45-47, Poland
tel. el. 32 359-83-06 fax. 32 202-95-92
e-mail: alasek@gcm.pl; abal@sum.edu.pl

DISCOWBLOWY - 143.01.02.1.1

7th March 1971
Museum, London

Dear Sir,

I am sorry to hear
of your illness.



Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(-na), **Anetta Lasek-Bal**

(imiona i nazwisko)

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):

BIOGEN POLAND SPOLKA Z O. O. UL. PROSTA 18 P L WARSZAWA MZ 00-850

Korzyść otrzymałam w dniu 21.04.2026r. w postaci przelewu na bankowy rachunek osobisty.

BOSTON SCIENTIFIC POLSKA SP. Z O.O. UL. JANA PAWŁA II 22 00-133 WARSZAWA; PL

Korzyść otrzymałam w dniu 16.04.2026r. w postaci przelewu na bankowy rachunek osobisty.

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):

- 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.

(miejscowość, data)

.....
(podpis)