

447 380

0289035

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach  
40-055 Katowice, ul. Poniatowskiego 15  
tel. 32 208 36 00  
(4)

ŚLĄSKI URZĄD WOJEWÓDZKI  
w Katowicach  
Biuro Organizacyjno-Budżetowe

Wpłynęło  
dnia: 2026 -03- 09

Oddział Kancelarii  
Dorota Elajska



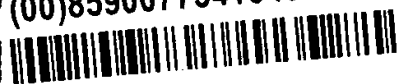
Data: 2026-03-09  
RPW/89503/2026 P

OPLATA POBRANA  
TAXE PERÇUE-POLOG  
Umowa z pocztą Polską S. A.  
ID nr 550361/S  
(5)



R

(00)859007734134557891



(00)859007734134557891



Poczta Polska

Oplata pobrana \_\_\_\_\_ zł \_\_\_\_\_ gr

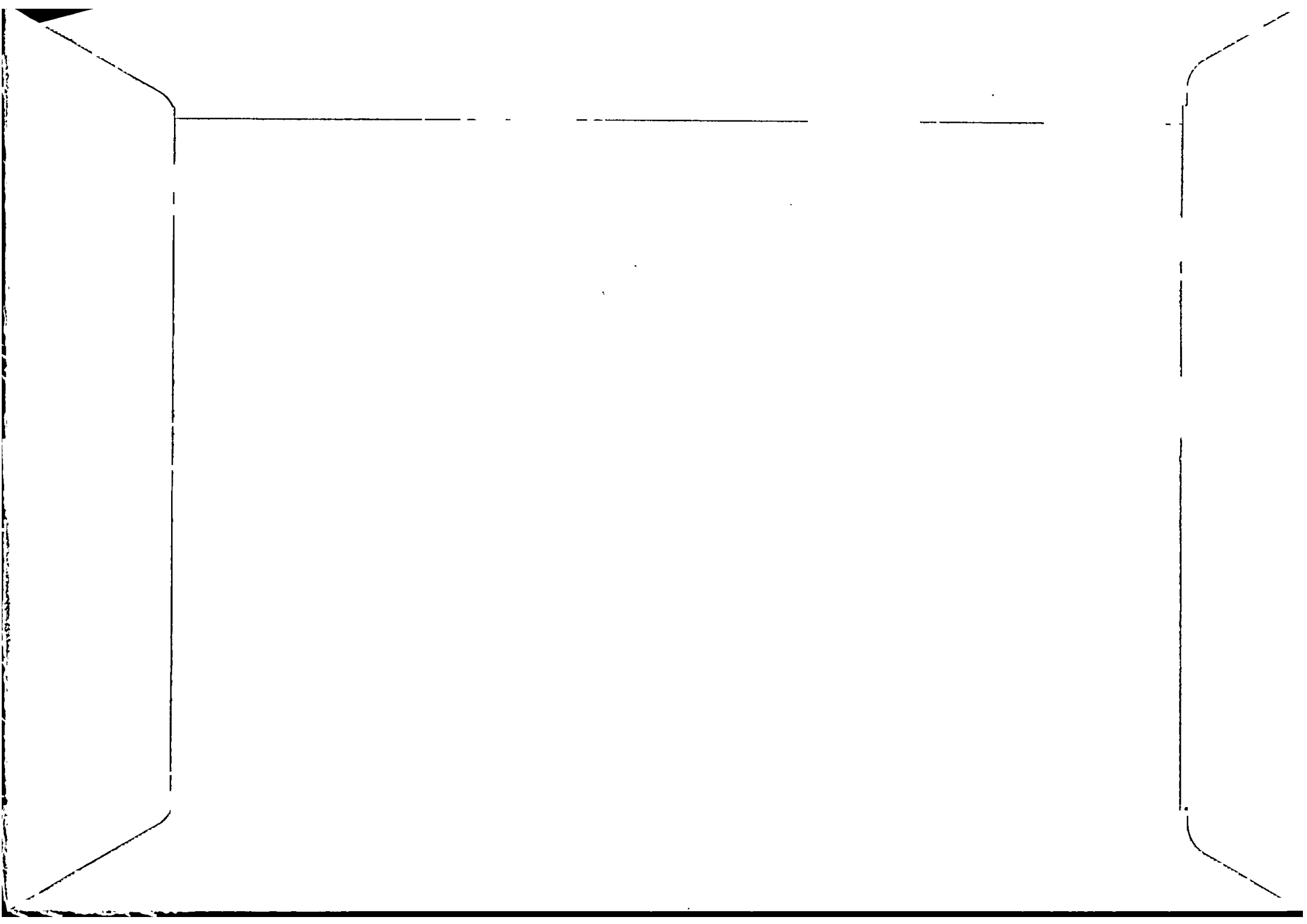
2025

~~WIDZIAL~~ 2 DROGIA

Śląski URZĄD Wojewódzki

ul. JAGIELLOŃSKA 25

40-032 KATOWICE



## Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(-na),

TOMASZ SZCZEPAŃSKI

(imię 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):

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):

GANOFI SP. Z O.O.

w dniu

w postaci

05.03.2026 honorarium za dyktand i tablice  
Dnia Chorób Rzadkich u SUM w Katowicach

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

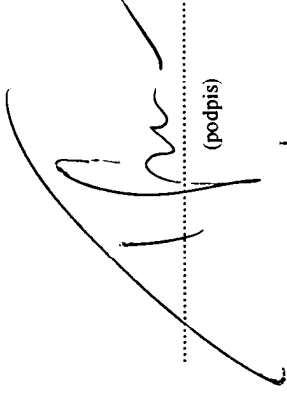
- 8) będącego wspólnikiem lub partnerem spółki handlowej lub stroną umowy spółki cywilnej wykonującej działalność, o której mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

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

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

Zabrze, 05.03.2026r.

(miejscowość, data)

  
(podpis)