

WZÓR

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a), **Ewa Kądalska**
(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(am) korzyść o wartości wyższej niż 412,06 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):~~

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

~~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) ~~wykonywającego 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)

- 1) **Warszawska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych. Ośrodek Kształcenia Podyplomowego, ul. Żelazna 59, 00-848 Warszawa w dniu 30.06.2025r., w postaci: wynagrodzenia za realizację wykładów podczas szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, w wysokości: 2000,00 zł. brutto.**
- 2) **Akademia Nauk Stosowanych ul. Sokołowska 161, 08-110 Siedlce w dniu 10.07.2025r. w postaci wynagrodzenia za realizację zajęć dydaktycznych ze studentami w wysokości 2175,00 zł, brutto;**
- 3) **Warszawski Uniwersytet Medyczny, ul. Żwirki i Wigury 61, 02-190 Warszawa w dniu 11.07.2025r. w postaci wynagrodzenia za realizację zajęć dydaktycznych ze studentami w wysokości 3240,00 zł, brutto;**
- 4) **Uniwersytet kardynała Stefana Wyszyńskiego, Wydział Medyczny. Collegium Medicum ul. Kazimierza Wóycickiego 1/3, 01-938 Warszawa w dniu 16.07.2025r. w postaci wynagrodzenia za realizację zajęć dydaktycznych ze studentami w wysokości 2160 zł, brutto.**

Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Warszawa 29.07.2025r,

.....
(miejscowość, data)

Podpisano przez/ Signed by:
Ewa
Kądańska
Data/ Date: 29.07.2025 15:46
mSzafir

.....
(podpis)