

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(-na), EWELINA SICZEK
(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 559,69 zł od podmiotu:

1) wykonującego działalność leczniczą (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

nie dotyczy
w dniu _____ w postaci _____
nie dotyczy

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):

nie dotyczy
w dniu _____ w postaci _____
nie dotyczy

3) wykonującego działalność gospodarczą w zakresie doradztwa związanego z refundacją leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

nie dotyczy
w dniu _____ w postaci _____
nie dotyczy

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

nie dotyczy
w dniu _____ w postaci _____
nie dotyczy

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):

.....
nie dotyczy

.....
w dniu w postaci

.....
nie dotyczy

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

.....
nie dotyczy

.....
w dniu w postaci

.....
nie dotyczy

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):

.....
nie dotyczy

.....
w dniu w postaci

.....
nie dotyczy

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):

*Polski Bank Komórek Macierzystych FamiCord Group;
PBKM S.A. al. Jana Pawła II 29, 00-867 Warszawa
Udział w Gali ogłoszenia laureatów Programu Bezcenna Każda Kropla
w dniu 16.05.2025r - w postaci pokrycia kosztów uczestnictwa, zakwaterowania
i wyżywienia.*

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

.....
Kielce, 28.05.2025 r.
(miejscowość, data)

mgr Ewelina Siczek
Siczek
Konsultant Wojewódzki w dziedzinie
pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego
.....
(podpis)

WISSE 601 10 1 1000
1000 1000 1000 1000
1000 1000 1000 1000