



ŚWIĘTOKRZYSKI URZĄD WOJEWÓDZKI w Kielcach Oddział Obsługi Klienta	
Wpł. dnia	02. 10. 2025
Adz.	.....
Podpis	.....

## OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany(-na),.....

Barbara Jabłońska

U

Z

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

dydaktyczną

2) leczniczą (jeżeli tak, to wskaza

3) od jakiego):

Umowa zlecenie Świętokrzyska Pbo Pielęgniarek i Porozumienie - kierownik kursu dla pielęgniarek od 20.09.2025.

Akademia Zdrowie Kielce - kierownik specjalizacji

w dniu ..... w postaci .....  
pielęgniarek wojewódzkiego Rozdziału 2025 -  
Rozdziału 2027, planowanie zapełnienia pielęgniarskiego  
rocznego.

4) wykonującego działalność

5) 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 wskaza

6) od jakiego):

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

w dniu ..... w postaci

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

7) wykonującego działalność

8)           gospodarcza           w           zakresie           doradztwa           związanego  
z refundacją leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego,  
wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskaza

9) od jakiego):

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

w dniu ..... w postaci

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

10) wykonującego działalność

11) ubezpieczeniową (jeżeli tak, to wskaza

12) od jakiego):

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

w dniu ..... w postaci

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

13) 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 wskaza

14) od jakiego):

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

w dniu ..... w postaci

.....

.....  
.....  
15) który jest wytwórcą, importerem, autoryzowanym przedstawicielem lub dystrybutorem wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskaza

16) od jakiego):

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

.....  
.....  
17) posiadającego akcje lub udziały w spółkach handlowych wykonujących działalność

18) ,  
o której mowa w pkt 1-6, lub udziały w spółdzielniach wykonujących działalność

19) ,  
o której mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskaza

20) od jakiego):

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

.....  
.....  
21) będącego wspólnikiem lub partnerem spółki handlowej lub stroną umowy spółki cywilnej wykonującej działalność

22) , o której mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskaza

23) od jakiego):

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

.....

901000 45000 40000

```
, data)
```

.....

(podpis)