

KUJAWSKO-POMORSKI URZĄD WOJEWÓDZKI  
w Bydgoszczy  
Wydział Organizacyjny

Wpłynęło: 21.03.2025

KANCELARIA OGÓLNA  
RXP-67978

P. Uner. z. Welnenez

KUJAWSKO-POMORSKI URZĄD WOJEWÓDZKI  
w Bydgoszczy  
Wydział Organizacyjny

Wpłynęło: 24.03.2025

Nr: 162-P Moo-don

Załącznik nr 2

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a), Waldemar Gadziński  
(imiona i nazwisko)

T. Woźniak  
Kierownik  
Oddziału Doskonalenia Kadr Medycznych

Zdzisława Wiekierak  
15.03.2025

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 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):

Boehringer Ingelheim Sp. z o. o. w dniu 8.03.2025 w postaci – honorarium za wykład,

Boehringer Ingelheim Sp. z o. o. w dniu 13.03.2025 w postaci – honorarium za wykład.

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 .....

kancelaria ogólna



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 współlnikiem 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(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Bydgoszcz, 19.03.2025

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis)



Signed by /  
Podpisano przez:

Waldemar Sergiusz  
Gadziński

Date / Data: 2025-  
03-19 09:55