

KUJAWSKO-POMORSKI URZĄD WOJEWÓDZKI  
w Bydgoszczy  
Wydział Organizacyjny

Wpłynęło: 07. 07. 2025

KANCELARIA OGÓLNA

Rkp 153446

**KRAJOWA PRACOWNIA OCHRONY ZDROWIA**  
w Bydgoszczy  
**WYDZIAŁ ZDROWIA**

Oddział

Wzplynieto: 07. 07. 2025

Za

Nr. WZ-P-1611-2025-

R

J. Woźniak  
Kierownik  
doskonalenia Kadr Medycznych

Zdzisława Wiekierak

**Załącznik nr 2**

08 07 2025

## Oświadczenie

Oświadczenie  
PACET ZADUŻY

Ja, niżej podpisany(a), ..... 11024 41-205 .....

(imiona i nazwisko)

u

7.

po zapoznaniu się z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2019 r., poz. 886) 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):

Gilead Sciences Polaris Sp. 200.

w dniu 26.06. w postaci 779 400 1 429 100

7275 white & pink roses

Reaction:  $\text{PTE} + 2\text{CH}_2 \rightarrow \text{PTE} + 2\text{CH}_2$

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

HEV

Kancelaria Ogólna



AAC299623

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):

Investmed - Adanli sp. z o.o. Komandyt.

w dniu 03.07.2025 w postaci .....

przygotowanie opinii  
w sprawie zezwolenia  
FibroScan u MASED

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(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Bg / ... 03.07.2025  
.....  
(miejscowość, data)

Konsultant Wojewódzki  
w dziedzinie chorób zakaźnych  
dla województwa kujawsko-pomorskiego

dr n. med. Paweł Rajewski

.....  
(podpis)