

KANCELARIA OGÓLNA



AAC329037

KUJAWSKO-POMORSKI URZĄD WOJEWÓDZKI
w Bydgoszczy
WYDZIAŁ ZDROWIA

Wpłynęło: 15. 10. 2025

7-0388

KUJAWSKO-POMORSKI URZĄD WOJEWÓDZKI
w Bydgoszczy
Wydział Organizacyjny

Wpłynęło: 15. 10. 2025

KANCELARIA OGÓLNA

RIP - 230789 - 2025

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(-na), Milena, Renata Świtońska

M. Woźniak
Kierownik
Oddziału Doskonalenia Kadr Medycznych

Zdzisława Wiekierak
16.10.2025

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(-łam) 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):

Firma Ipsen Poland Spółka zoo, Warszawa ul. Chmielna 73, 00-801 Warszawa
w dniu 07.10.2025 r. w postaci wynagrodzenia za przygotowanie, udzielenie i autoryzację wywiadu nt. udaru mózgu i spastyczności poudarowej okazji Dnia Świadomości Udaru Mózgu z punktu widzenia specjalisty neurologa w ramach kampanii edukacyjnej online „ Neurologia – psychiatria – liczy się czas.

- 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
.....
.....
.....
- 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):

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

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

Bydgoszcz 15.10.2025r.
(miejscowość, data)

(podpis)