



RPLW/94656/2025 P

Data: 2025-09-24

Oświadczenie

Podlaski Urząd Wojewódzki w Białymstoku	
KANCELARIA	
WPLYNEŁO	
Data	2025-09-24
Ilość zat.	
poz. rej.	
poroz.	
Ilość wyd.	
poz. rej.	
poroz.	

Załącznik nr 2

Ja, niżej podpisany(-na), Beata Naumnik

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 leczniczą (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

Nie dotyczy

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):

ALEXION PHARMA POLAND SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

w dniu **22.09.2025** wystawiłam rachunek za realizację badania ALXN1210-IGAN-320 wizyty pacjentów w ramach badania prowadzonego na zasadzie umowy trójstronnej pomiędzy mną (jako kierownikiem ośrodka), firma Alexion (sponsorem badania) i Ośrodkiem Wsparcia Badań Klinicznych (przedstawiciel instytucji).

Nr ośrodka 2703, Nr rachunku ośrodka V01140145

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

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

Nie dotyczy

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):

Nie dotyczy

w dniu w postaci

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

Nie dotyczy

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):

Nie dotyczy

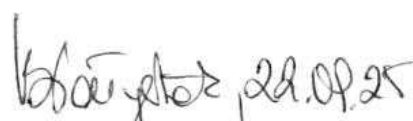
w dniu w postaci

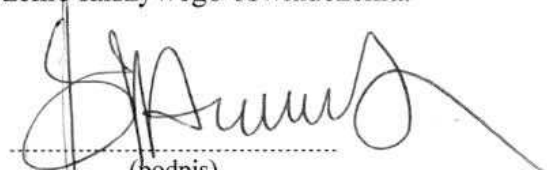
8) będącego wspólnikiem lub partnerem spółki handlowej lub stroną umowy spółki cywilnej wykonującej działalność, o której mowa w pkt 1–6 (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

Nie dotyczy

w dniu w postaci

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


(miejscowość, data)


(podpis)