

20.11.2024. TO. 2024. KCH

RPW/17421/2024-1P



EZD RP WUW Poznań

(OI-IX)

Data rejestracji: 2024-02-05

Data wpływu: 2024-02-05

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu Wydział Zdrowia	
WPLYNEŁO DNIA	06.02.2024
L.dz. <b>Oświadczenie</b>	
Miejsce: <b>Wielkopolski Urząd Wojewódzki</b>	

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu KANCELARIA GŁÓWNA	
WPLYNEŁO DNIA	06.02.2024
L.dz. <b>Oświadczenie</b>	
Miejsce: <b>Wielkopolski Urząd Wojewódzki</b>	

Ja, niżej podpisany(-na),

**Małgorzata Włodarczyk**  
(imię i nazwisko)

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 444,20 zł od podmiotu:

1) wykonującego działalność leczniczą (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

**Zespół Lekarski Zdzisław Opieli Złotowski**  
**ul. Kosciuszki 96**  
w dniu **25.01.2024** w postaci **wycenę usług**

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):

**nie dotyczy**  
w dniu ..... w postaci .....

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**

Zastępca Dyrektora  
Wydziału Zdrowia  
K. Sniowska

2024-02-07

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):

use chlorine

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

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

Life diary

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

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

.....  
 (miejscowość, data)

.....  
(podpis)