

Zastępca Dyrektora
Wydziału Zdrowia

Kinga Leśniewska

Oświadczenie

Witold Kycler

Ja, niżej podpisany(-na),

Wielkopolski Urząd Wojewódzki
w Poznaniu
Wydział Zdrowia

WPLYNĘŁO DNIA	19.03.2024	WYPŁYNĘŁO DNIA
------------------	------------	-------------------

ZDZIV

po zapoznaniu się z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultacjach 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):

.....
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):

MEDTRONIK POLAND
ul. Polna 11, Warszawa 02-633 Poczta
w dniu 26.02 do 2.03.24 w postaci uczestnictwa w
Symposium z konferencją z udziałem Lep Gęstochy
Procedural Learning Master Program w Shanghai, Chiny

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):

- 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):

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

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

.....
(miejscowość, data)

Poznań dnia 14.03.2024r

.....
(podpis)
Konsultant Wojewódzki
w dziedzinie chirurgii onkologicznej
Dr hab. n. med. Witold Kycler
specjalista chirurgii onkologicznej,
ogólnej i gastroenterologii