

RPW/37225/2024-1P

EZD RP WUW Poznań
(01-IX)
Data rejestracji:
2024-03-14
Data wpływu: 2024-03-14Zastępca Dyrektora
Wydziału Zdrowia

Kinga Lesniewska

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(-na),

Piotr, Przemysław, Mateusz
(imię i nazwisko)

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu Wydział Zdrowia	
WPRZYJĘTO DNIA 14.03.2024	WPRZYJĘTO DNIA 14.03.2024
ZD-IV	
Wielkopolski	
KA	
WPRZYJĘTO DNIA 14.03.2024	WPRZYJĘTO DNIA 14.03.2024
L.dz.	

Przebieg o domu

Poz. 1207

Załącznik nr 2

Zastępca Dyrektora
Wydziału Zdrowia

Kinga Lesniewska

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):

.....
.....
.....

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):

Pharmex-Cilag Polska Sp. z o.o.
ul. Wiecha 24, 02-135 Warszawa

w dniu *05.03.2024* w postaci *honorarium za przygotowanie*
przewodniczącego nadzoru c badania laboratoryjnego
PCR 3003

- 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.

Poznań, 12.03.2024r.

(miejscowość, data)

Prof. UM. dr hab. n.med. Piotr Małach
specjalista radioterapii onkologicznej
specjalista medycyny paliatywnej
tel. 607-638-442

(podpis)

