

ALL INFORMATION CONTAINED HEREIN IS UNCLASSIFIED  
DATE 01-11-2010 BY 60322 UCBAW/BJS/STP

(imiona i nazwisko)

Nie.

**Tak.**

Nie.

**Nie**.....

Nie.

6) który jest wytwórcą, importерem, 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):  
**Nie.**

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.**

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

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

Bydgoszcz, 30.10.2018 r

Sylvia Kołtan

.....  
(miejscowość, data)

.....  
konsultant wojewódzki  
dziedzina immunologii klinicznej  
na województwa pomorskiego  
(podpis)  
dr hab. n. med. Sylvia Kołtan