

## OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisana EWELINA SICZEK

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 .....  
..... *nie dotyczy* .....  
.....
- 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 .....  
..... *nie dotyczy* .....  
.....
- 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 .....  
..... *nie dotyczy* .....  
.....
- 4) wykonującego działalność ubezpieczeniową (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):  
..... *nie dotyczy* .....  
.....  
w dniu ..... w postaci .....  
..... *nie dotyczy* .....  
.....

- 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 .....

..... *nie dotyczy* .....

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

..... *nie dotyczy* .....

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

..... *nie dotyczy* .....

- 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 .....

..... *nie dotyczy* .....

- 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):

*Polski Bank Komórek Macierzystych FamiCord Group;*

*PBKM S.A. al. Jana Pawła II 29, 00-867 Warszawa*

*Udział w dniach 11-13.05.2022r. w Konferencji dla położnych oraz Gali ogłoszenia laureatów Programu Bezcenna Każda Kropka - w postaci pokrycia kosztów uczestnictwa, zakwaterowania i wyżywienia.*

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

Kielce, 22.05.2023

(miejscowość, data)

**mgr Ewelina Siczek**

*Konsultant Województwa w dziedzinie  
pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego*

*Siczek*

(podpis)