

Łódzki Urząd Wojewódzki w Łodzi  
WYDZIAŁ ZDROWIA

Data wpływu: 23-06-2025

L. dziennika .....

Załącznik nr 2

WZÓR

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(a), Ywona Zurek-Sobieszka  
(imiona 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(am) korzyść o wartości wyższej niż 412,06 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):

.....  
.....  
.....  
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):

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

*Z*

- 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 .....

*Z*

Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

*W dniu 18.06.2025 otrzymałam honorarium za stworzenie fikcyjnej instruktażowej dla pielęgniarek operacyjnych w ramach współpracy z T2MO.*

.....  
(miejscowość, data)

*Łódź 23.06.2025*

.....  
KONSULTANT (podpis)  
w dziedzinie pielęgniarstwa  
chirurgicznego i operacyjnego  
dla województwa łódzkiego  
*mgr Iwona Żurecka-Sobczak*