

5-11.982.5.36-2025

5-11  
P. Piętko  
17.07.2025

Załącznik Nr 2

PODKARPACKI URZĄD WOJEWÓDZKI  
w Rzeszowie  
KANCELARIA URZĘDU  
Wpłynęło 17-07-2025



WZÓR  
Oświadczenie

PODKARPACKI URZĄD WOJEWÓDZKI  
w Rzeszowie  
Sekretariat Wydziału Polityki Społecznej  
Data Wpływu 17-07-2025  
5-P-GF19-2025  
podpis Dell

Ja, niżej podpisany(-na), BEATA ROMANOWSKA-PIETRASIAK podpis Dell

po zapoznaniu się z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2015 r. poz. 126 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):

Podlupadzie Centrum Genetyczne Onkologów  
ul. Leszka Czarnego 4d, 35-615 Rzeszów  
w dniu 01.06-30.06.2025 w postaci 13500 zł

- 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):

NUTRAMATIC Sp. z o.o. 02-654 NARSKA  
ul. Rajśka 4/33  
w dniu 30.06.2025 w postaci 4000 zł

- 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):

Dr.med. Beata Romanowska-Pietrasiak  
konsultant wojewódzki  
3715366

Luu  
- 1 -

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.

(miejscowość, data) (podpis)

*Łódź 14.07.2025r*

*B. Romanowska - Pietrasiak*

Dr n.med. Beata Romanowska-Pietrasiak  
konsultant wojewódzki

3715366

*Ru*  
*-21*