

22-IV. P67. 7h. WU. len

Kierownik
Oddziału Zdrowia Publicznego
w Wydziale Zdrowia

13. 05. 2025

Poz. 1207

Dziennik Ustaw

RPW/64851/2025-1P



EZD RP WUW Poznań
(01-IX)

Data rejestracji:
2025-05-12

Data wpływu: 2025-05-12

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu - 8 - Wydział Zdrowia		
WPLYNEŁO DNIA	13. 05. 2025	WPLYNEŁO DNIA
L.dz. 20-IV WZÓR		
zał.		

Oświadczenie

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu Załącznik nr 2		
WPLYNEŁO DNIA	12. 05. 2025	WPLYNEŁO DNIA
L.dz.		
zał.		

Ja, niżej podpisany(-na),

Piotr Jaworski
(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(-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):

① Bonnier Healthcare Polska Sp. z o.o., ul. Kijowska 1,
03-738 Warszawa

② Teosma-Cilag Polska Sp. z o.o. ul. Tęczowa 4 - same
w dniu 29.04.2025r. w postaci ① Hecoroxin 20 mg/100mg
w formie wtryskowej pt. Technologiczne zastosowa-
nia radioterapii a także steryd

③ Udział w badaniu klinicznym ocenianym
efektowość leczenia u pacjentów z nowotworami
naśladawczych

- 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, 07.05.2025r.
(miejscowość, data)

6471481
Prof. dr hab. n. med. Piotr Milecki
specjalista radioterapii onkologicznej
specjalista medycyny paliatywnej
tel. 607638442
(podpis)

