

2D-IV, 46, 12 WUW

Kierownik  
Oddziału Zdrowia Publicznego  
w Wydziale Zdrowia

28.04.2025  
Proszę o dołączenie

Dziennik Ustaw

RPW/58708/2025-1P



EZD RP WUW Poznań  
(OI-IX)  
Data rejestracji:  
2025-04-28  
Data wpływu: 2025-04-28

Kinga Leśniewska

- 8 -

28.04.2025

WZÓR

Oświadczenie

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu KANCLERIA GŁÓWNA		
WPLYWŁO DNIA	28.04.2025	WPLYWŁO DNIA
L.dz. .... zał. ....		

Poz. 1207

Załącznik nr 2

Ja, niżej podpisany(-na),

*Prof. Janina Milecka*

(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):

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu KANCLERIA GŁÓWNA		
WPLYWŁO DNIA	28.04.2025	WPLYWŁO DNIA
L.dz. .... zał. ....		

*2D-IV*

*Wz. Dyrektora Wydziału*  
*Wz. Dyrektora Wydziału*  
*Wz. Dyrektora Wydziału*

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):

*Pharma Medical House Sp. z o.o.*  
*ul. Pod Lipą 414-46, 02-798 Warszawa*

w dniu *16.04.2025* w postaci *konferencji z przygotowanymi*

*wytycznymi wytycznymi pt. "Rola radioterapii*  
*w celu stworzenia podcała konferencji on-line."*

- 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, 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):

.....  
.....  
.....  
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, 27.04.2025*

(miejscowość, data)

6471481  
Prof. dr hab. n. med. Piotr Milec  
specjalista radioterapii onkologicznej  
specjalista medycyny paliatywnej  
tel. 602 38442

