

EZD RP WUW Poznań
(01-IX)

Data rejestracji:

2025-04-30

Data wpływu: 2025-04-30

Oświadczenie

K. Jęff
Kierownik
Oddziału Zdrowia Publicznego
w Wydziale Zdrowia

Kinga Leśniewska
05. 05. 2025

Wielkopolski Urząd Wojewódzki
w Poznaniu
KANCELARIA GŁÓWNA

WPLYNĘŁO
DNIA

30. 04. 2025

WPLYNĘŁO
DNIA

Ja, niżej podpisany(-na), Katarzyna Małgorzata Ziółkowska
(imiona i nazwisko)

Wielkopolski Urząd Wojewódzki
w Poznaniu
zał. Wydział Zdrowia

WPLYNĘŁO
DNIA

05. 05. 2025

WPLYNĘŁO
DNIA

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 444,20 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
.....
.....

wz. Dyrektora Wydziału
Kierownik Oddziału
Doskonalenia Kadr Medycznych
w Wydziale Zdrowia

Dorota Kicka

- 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):

Centrum Egzaminów Medycznych, Al. Marszałka Józefa Piłsudskiego 22; 90 – 051 Łódź

w dniach: 16 – 17.04.2025 r. w postaci powołania do prac w dwóch Zespołach Egzaminacyjnych podczas egzaminów teoretycznego - testowego i praktycznego w dziedzinie laboratoryjnej genetyki medycznej

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

29.04.2025r.
.....
(miejscowość, data)

Katarzyna Ziobrowska
.....
(podpis)