

2D-IV. P02.30.204.14
RPW/90545/2025-1P
EZD RP WUW Poznań
(OI-IX)
Data rejestracji:
2025-07-04
Data wpływu: 2025-07-04

04.07.2025

Oświadczenie

Kierownik
Oddziału Zdrowia Publicznego
w Wydziale Zdrowia

Kinga Leśniewska

| | | |
|--|------------|-----------------|
| Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu KANCELARIA GŁÓWNA | | |
| WPEŁNIO DNIA | 04.07.2025 | WPEŁNIO DNIA |
| L.dz. Za: | | |

Ja, niżej podpisany(-na),

PIOTR EDER

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

| | | |
|--|------------|-----------------|
| Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu Wydział | | |
| WPEŁNIO DNIA | 04.07.2025 | WPEŁNIO DNIA |
| L.dz. Za: Dyrektor Wydziału Zdrowia | | |

- 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):

a) RECORDATI POLSUA 20.06.2025 wypracowanie za wywiad

w dniu b) SANDOZ POLSUA 20.06.2025 wypracowanie za wywiad

- 3) wykonującego działalność gospodarczą w zakresie doradztwa związanego z refundacją leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

a) POLSUA FUNDACJA GASTROENTEROLOGII 21.06.2025 wypracowanie za wywiad

- 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.

Burm 1.07.2025
.....
(miejscowość, data)

Pink SK
.....
(podpis)