



Wydział Zdrowia	
Dyrektor Wydziału Zdrowia Wpłynęło DNIA	Wpłynęło DNIA
10. 02. 2025	
2D-IV	
Szurman	

WZÓR

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(-na),

(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):

SANOFI Sp. z o.o. - wpisać numer w kolumnie CRLF  
Krajowa Firma Farmaceutyczna - Poznań 23-26.1.2025  
Twarda

w dniu ..... w postaci .....

wpisać: adres firmy, adres, telefon

- 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 .....

- w dniu ..... w postaci .....

- w dniu ..... w postaci .....

.....  
(miejscowość, data)

Prof. UMP dr hab. med. Szezepean Cofla  
LEKARZ  
CHOROBY WZWIERZNYCH  
SPECJALISTA CHOROBY IZŁUC  
POZNAN, ul. Wolowicza 48  
tel. 504 161 563  
(podpis)