



RPW/31019/2026 P

Data: 2026-03-16

## Oświadczenie

Podlaski Urząd Wojewódzki w Białymstoku	
KANCELARIA	
WPŁYNEŁO	
Data	2026 -03/16
Ilość ark.	

Załącznik nr 2

Ja, niżej podpisany(-na), Beata Naumnik

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):

Nie dotyczy

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):

ALEXION PHARMA POLAND SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

w dniu **05.03.2026** otrzymałam wynagrodzenie za realizację badania ALXN1210-IGAN-320 wizyty pacjentów w ramach badania prowadzonego na zasadzie umowy trójstronnej pomiędzy mną (jako kierownikiem ośrodka), firma Alexion (sponsorem badania) i Ośrodkiem Wsparcia Badań Klinicznych (przedstawiciel instytucji).

Nr ośrodka 2703 – trzecia płatność

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

Nie dotyczy

w dniu \_\_\_\_\_ w postaci \_\_\_\_\_

4) wykonującego działalność ubezpieczeniową (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

Nie dotyczy

w dniu \_\_\_\_\_ w postaci \_\_\_\_\_

.....  
.....  
.....  
5) który złożył wniosek o wydanie pozwolenia na dopuszczenie do obrotu produktu lecz-  
niczego albo uzyskał to pozwolenie lub złożył wniosek o wydanie pozwolenia na import rów-  
noległy produktu leczniczego albo uzyskał to pozwolenie (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):  
.....  
.....

**Nie dotyczy**

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

6) który jest wytwórcą, importerem, autoryzowanym przedstawicielem lub dystrybutorem  
wYROBÓW MEDYCZNYCH (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):  
.....  
.....

**Nie dotyczy**

.....  
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):  
.....  
.....

**Nie dotyczy**

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

8) będącego wspólnikiem lub partnerem spółki handlowej lub stroną umowy spółki cy-  
wilnej wykonującej działalność, o której mowa w pkt 1-6 (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):  
.....  
.....

**Nie dotyczy**

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

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

brągosz 16.03.26  
.....  
(miejscowość, data)

.....  
.....  
(podpis)