



\*WUW190157844\*

## Oświadczenie

PAWEŁ GUT

(imię i nazwisko)

V. Kofman 20-W.PG.21.2019.11

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu Wydział Zdrowia	
WPRZYJĘTO DNIA	3 12. 2019
WPRZYJĘTO DNIA	199382/19

20-IV  
2019-12-31  
F. Jurek

Ja, niżej podpisany(-na), .....

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):

.....  
w dniu 12/12/2019 w postaci IPSEN POUFNO sp. z o.o.  
za przygotowanie i wykonanie  
materiału do spożycia  
onkologicznego w CENTRUM  
ONKOLOGII JW BYDGOSZCZ.

- 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):

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

POZNAN 13/12/2019r.  
(miejscowość, data)

Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Endokrynologii  
w Województwie Wielkopolskim  
Dr hab. med. Paweł Gut  
Specjalista w dziedzinie Medycyny wewnętrznej  
Medycyny nuklearnej  
Endokrynologii  
(podpis)