

F. K. Hoffmann  
12.11.2021

2014. 01. 04. 10. 11

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu Wydział Zdrowia	
WYPŁYŁO DNIA	12. 11. 2021
WYPŁYŁO DNIA	

WZÓR

Oświadczenie



Ja, niżej podpisany(-na), ..... JACEK WYSOCKI  
(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):

Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu –  
comiesięczna pensja.

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):

Pfizer Polska, Janssen Cilag Polska, GlaxoSmithKline.

w dniu 02.11.2021 r. w postaci Przygotowanie i wygłoszenie wykładu on-line  
podczas ogólnopolskiej konferencji Jesień  
Pediatriczna 29.09.2021 r. oraz na Kongresie  
Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej  
09.10.2021 r. /Pfizer/  
08.11.2021 r. Przygotowanie i udział w spotkaniu doradczym  
eksperów /Janssen Cilag Polska/  
08.11.2021 r. Przygotowanie i wygłoszenie wykładu podczas  
konferencji/GlaxoSmithKline/.

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

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

.....  
.....  
.....  
**Nie**.....  
.....  
.....  
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):

.....  
.....  
.....  
**Nie**.....  
.....  
.....  
w dniu ..... w postaci .....  
.....  
.....  
.....

- 6) który jest wytwórcą, importerem, autoryzowanym przedstawicielem lub dystrybutorem wyrobów medycznych (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

.....  
.....  
.....  
**Nie**.....  
.....  
.....  
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.....

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):

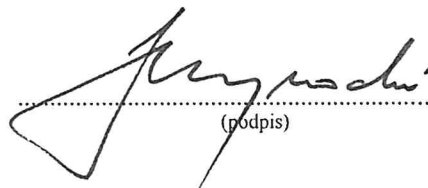
.....Nie.....

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

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

.....Poznań, dn. 08.11.2021 r. ....

(miejscowość, data)

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