



WUW190218034

2P-W. 962. 30 2019 M

Wielkopolski Urząd Wniewódzki w Poznaniu	
KANCELARIA GŁÓWNA	
WPEŁNIŁ DNIA	WPEŁNIŁ DNIA
167353/1920	29. 10. 2019

Oświadczenie

Ja, niżej podpisan(-na) IWONA KRELA-KATMIENCZAK

po zapoznaniu się z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2006 r. o konsultacjach 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:

- wykonywającego działalność leczniczą (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

UMOWA SPONKORISLE nr KU 119/0728/0001
Podopharmie Prius Narodowe Sp. z o.o., z siedzibą
ul. Wapienne 90 61-128 w Poznaniu
 w dniu 11-12-2019 w postaci udziału w konferencji
EVIDAS 2019 Międzynarodowe Konferencje
Witaminy D - Minimum, Maximum, Optimum
- wykonywającego 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 w postaci

.....
- wykonywającego 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

.....
- wykonywającego działalność ubezpieczeniową (jeżeli tak, to wskazać od jakiego):

.....

.....

w dniu w postaci

.....
- 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

.....

Wielkopolski Urząd Wniewódzki w Poznaniu	
124	
29. 10. 2019	
Liczba	15/10. 2019
Znak	

- 6) który jest wytwórcą, importерem, 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 współnikiem 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.

Poznań 25.10.2019r.
(miejscowość, data)

Iwona Krela-Kozmł
(podpis)

Dr hab. n. med. Iwona Krela-Kozmł
specjalista chorób wewnętrznych
gastroenterolog
tel. kom. 601 256 715
NR PRAWA 2471072, NR UMOWY 981504259