



\*WUW210130063\*

22-IV, 862, 742021, M

### Oświadczenie

Ja, niżej podpisany(-na), .....Piotr Jarosław Milecki.....

(Imię i nazwisko)

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu	
KANCELARIA GŁÓWNA	
WPEŁNIŁO	31.08.2021
WPEŁNIŁO	

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 .....

Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu	
Wydział Zdrowia	
WPEŁNIŁO	31.08.2021
DZIA	
L.dz.	20-IV
zat.	

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

Dyrektor  
Wydziału Zdrowia  
Lidia Polcyn-Nowak

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

*Radosław Ligowski 90 Consulting  
ul. Włocławska 83/85, 02-529 Warszawa*

w dniu *17.08.2021* w postaci *konferencja*

*przebieganie, w tym celu wyjechał do Warszawy  
na badania diagnostyczne w celu  
całego stawu*

- 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 .....

- 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 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.

*Romana* 30.08.2021  
(miejscowość, data)

64714  
specjalista (podpis) paliatywnej  
tel. 607-638-442