

5-11-762.5.41.224

PODKARPACKI URZĄD WOJEWODZKI  
w Rzeszowie  
KANCELARIA URZĘDU

Wpłynęło: 01-10-2024

Podpis: *Beata Romanowska-Pietrasiak*



Załącznik nr 7

Oświadczenie  
Ja, niżej podpisany(-na), BEATA ROMANOWSKA - PIETRASIAK

po zapoznaniu się z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2022 r. poz. 2524 j.t.), 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 .....

*Sil*  
*p. kier. Sikora - Siłata*  
*01.10.2024*

PODKARPACKI URZĄD WOJEWODZKI  
w Rzeszowie  
Sekretariat Urzędu Polityczno Społecznej

Data: 01-10-2024  
Wpłynęło: .....

S-P-6626-2024  
L.dz. .... podpis *Siłata*

- 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 30.09.2024r w postaci wynagrodzenia  
pieniężnego w wysokości 4000 zł brutto

KONSULTACJE MEDYCZNE  
Beata Romanowska-Pietrasiak  
93-414 Łódź, Zespołowa 11  
NIP: 769 199 09 23 REGON: 140134335  
tel. 694 423 906

*Firma farmaceutyczna*  
*NUTRAMATIC Sp. z o.o.*  
*ul. RAJSKA 4/33, 02-654 WARSZAWA*

- 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):

.....

.....

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.

Łódź 30.04.2024

(miejscowość, data)

B. Romanowska - Pietrasiak

(podpis)

<sup>i</sup> Zał. nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 września 2014 roku w sprawie wzorów oświadczeń składanych przez konsultantów w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2014 r., poz. 1207).

  
Dziś jest Beata Romanowska-Pietrasiak  
Specjalista Ginekologii  
KONSULTACJE MEDYCZNE  
Beata Romanowska-Pietrasiak  
93-414 Łódź, Zespołowa 11  
NIP: 769 159 09 23, REGON: 100134335  
tel. 694 423 906