



Pani

Monika Klaus-Piskała

Dyrektor ds. Farmakoeconomiki i Polityki Zdrowotnej
MSD Polska Dystrybucja sp. z o.o.

Szanowna Pani,

w związku z otrzymanym pismem z dnia 24 czerwca 2022 r. przedstawiam wyjaśnienia w zakresie przyjętej metodyki i założeń dla analizy danych zawartych w Analizie Weryfikacyjnej Agencji nr OT.4231.17.2022 dla leku Tecentriq (dalej AWA).

Dotychczasowa wymiana korespondencji wskazuje, że 19 maja 2022 r., pan Dawid Grzeszczuk, złożył w imieniu MSD Polska Dystrybucja sp. z o.o. (zwanym dalej „podmiotem”) uwagi do AWA Tecentriq (atezolizumab) we wskazanym terminie ustawowym. Wówczas informacje dotyczące analizy zawartości baz danych prowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, w tym obserwacja pacjentów stosujących pembrolizumab w leczeniu raka płuca, będąca przedmiotem niniejszego pisma, nie wzbudziły Państwa zastrzeżeń. Komentarze zawarte w uwagach do AWA koncentrowały się jedynie na przedstawieniu dowodów wskazujących na przewagę skuteczności pembrolizumabu nad atezolizumabem. Agencja w odpowiedzi na uwagi do AWA zaznaczyła, że w analizach dla leku Tecentriq w ramach porównań pośrednich przeprowadzono szeroką analizę wrażliwości uwzględniającą również dane, które wskazywał podmiot – w żadnym z badanych scenariuszy nie wykazano różnic istotnych statystycznie pomiędzy atezolizumabem a pembrolizumabem. Należy dodać, że podmiot w ramach uwag do AWA nie przedstawił żadnych obliczeń własnych dowodzących wyższości pembrolizumabu nad atezolizumabem w leczeniu raka płuc określonego jak we wnioskowanym wskazaniu.

Pierwszy punkt pisma podmiotu stanowi krytykę odnośnie spójności wewnętrznej oraz przejrzystości metodologicznej raportowania danych zawartych w bazach rozliczeniowo-sprawozdawczych NFZ. Pogląd ten argumentowano stwierdzeniem rozbieżności wobec wyników badań klinicznych oraz RWE z krajów europejskich. Zarzucono brak podjęcia dyskusji



nad przyczynami tych rozbieżności, brak opisu metodyki oraz brak możliwości weryfikacji wyników przez podmiot. Ponadto podmiot zwraca uwagę, że dokumentacja na użytek procesu refundacyjnego nie podlega recenzji czy konsultacji ze statystykami, co w opinii podmiotu kwestionuje jej rzetelność. W odpowiedzi na podniesione w punkcie zastrzeżenia oraz wątpliwości, proszę przyjąć następujące wyjaśnienia dotyczące prezentowanych danych:

- Informacje zamieszczone w rozdziale 3.3. „Liczebność i charakterystyka populacji wnioskowanej” AWA dotyczą przedstawienia informacji zawartych w bazach rozliczeniowo-sprawozdawczych NFZ w systematyczny sposób określony zgodnie z przyjętą metodyką zaraportowaną w sposób pozwalający, przy dostępie do pełnej bazy danych, na ich weryfikację.
- Analitycy Agencji w żadnym miejscu AWA nie raportowali, że została przeprowadzona analiza skuteczności praktycznej na podstawie danych pochodzących z powszechnego systemu opieki zdrowotnej. Nie podejmowano się również pozyskania zestawu danych właściwych dla przeprowadzenia w pełni uprawnionej analizy skuteczności praktycznej. Analitycy przeprowadzili analizę sytuacji pacjentów ze stanem klinicznym określonym jak we wniosku, na zasadzie analizy baz sprawozdawczych NFZ. Należy zaznaczyć, że celem AWA Tecentriq była weryfikacja efektywności klinicznej, kosztowej oraz wpływu na budżet NFZ atezolizumabu.
- Na str. 19-20 AWA przedstawiono dane dotyczące odsetka przeżycia pacjentów z rakiem płuc (kod ICD-10 C34 wraz z podkodami) w zależności od przyjętej metodyki zliczania pacjentów. Należy zaznaczyć, że „odsetek przeżycia” zamieszczony w tabelach 9., 11. oraz na rysunku 1., rozumiany jest jako stosunek pacjentów, u których na koniec okresu obserwacji w bazie NFZ odnotowano datę zgonu do liczby pacjentów ogółem. Dla przykładu dla zidentyfikowanych zgodnie z przyjętą Metodą III 16 779 pacjentów w roku 2014, na czas najbardziej aktualnej informacji o zgonach (baza przekazana przez Ministerstwo Zdrowia na dzień zakończenia prac analitycznych [10.05.2022 r.], aktualna do 31.12.2020 r.) przy życiu pozostało 7,24% pacjentów, a ogółem dla tej populacji odnotowano przeżycie na poziomie 24,79% ze średnim czasem do zgonu wynoszącym 537,19 dni, zaraportowanym jako „średnia OS [dni]”. Uzasadnieniem przedstawienia wartości OS w sposób ograniczony do analizy danych pacjentów z zakończoną obserwacją (rozumianą jako osiągnięcie przez pacjenta twardego punktu końcowego jakim jest zgon) był fakt, że pacjenci ci stanowili zdecydowaną większość analizowanej grupy (>70%), a uzyskane wyniki umożliwiały, ze względu na zgodne podejście, na przeprowadzenie prostego zestawienia danych.
- Pembrolizumab dostępny jest w programie lekowym B.6 od 2018 roku i zgodnie z bazą SWIAD¹ pierwsze podanie nastąpiło 15.05.2018 r. Dane dotyczące udzielonych świadczeń na czas sporządzania analizy obejmowały okres maksymalny do dnia 30.06.2021 r. Z kolei dane dotyczące możliwego przeżycia pacjentów ograniczone były do dnia 31.12.2020 r. Dla tak zdefiniowanego okresu obserwacji obejmującego maksymalnie 3,13 roku

¹ prowadzona na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) baza danych w formacie szczegółowego komunikatu sprawozdawczego XML dotyczącego świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych, aktualna wersja stanowi załącznik do zarządzenia 128/2021/DI Prezesa NFZ, z dnia 7 lipca 2021 r.

<https://www.nfz.gov.pl/dla-swiaadczeniodawcy/sprawozdawczosc-elektroniczna/komunikat-swiaad/>

odnotowano średni odsetek przeżycia pacjentów stosujących pembrolizumab na poziomie 72%. Jak przedstawiono w tabeli 11. AWA średni OS, rozumiany zgodnie z powyżej przedstawionym podejściem, wyniósł 524,93 dni, a mediana zgodnie z tabelą 31. wyniosła 8,0 miesiąca. Prawidłowa interpretacja danych dla pembrolizumabu przedstawionych w AWA Tecentriq powinna być następująca: pembrolizumab w leczeniu raka płuca został sprawozdany u 2 201 pacjentów, z których dane dotyczące analizowanego wskazania dostępne są dla 1 739 pacjentów (różnica w liczebności wynosząca 462 stanowi populację pacjentów leczonych od stycznia 2021 r. w odmiennym wskazaniu - pacjenci z niską ekspresją PD-L1 <50%, skojarzeniami z pemetreksedem lub paklitakselem i pochodną platyny), łącznie odnotowano 72,10% pacjentów pozostających przy życiu. W przypadku pacjentów zmarłych (27,90%), zgon u 50% nastąpił po okresie co najmniej 8 miesięcy.

- Z uwagi na powyższe wyjaśnienia nie pozostaje w sprzeczności względem przedstawionej na str. 45 (tabela 31.) informacji o medianie OS stwierdzenie, że u *402 pacjentów, stanowiących 18,26%, odnotowano zgon po okresie krótszym niż jeden rok*, ponieważ punktem wyjścia dla tego sformułowania były daty świadczeń związanych z podaniem pembrolizumabu oraz informacje z bazy o zgonach. Dodatkowo należy przyjąć fakt, że łącznie wśród pacjentów leczonych pembrolizumabem odnotowano 614 zgonów, w przypadku których u 50% zdarzenie (zgon) odnotowano po 8 miesiącach. Niepoprawna jest przez to interpretacja podmiotu, sugerującego że *wedle dostępnych polskich danych 81,74% pacjentów przyjmujących pembrolizumab w leczeniu raka płuca przeżyło jeden rok lub dłużej*. Aktualnie nie można przyjąć tej informacji do wiadomości, ponieważ brak jest danych uprawniających do takiego wnioskowania.
- Proszę również przyjąć do wiadomości, że rolę recenzenta badań przedstawionych w analizach sporządzanych przez wnioskodawców oraz samych analiz wnioskodawców, w procesie oceny wniosku o refundację pełni Agencja. Każda analiza sporządzona przez analityków Agencji zamieszczana jest w domenie publicznej, dzięki czemu możliwe jest skonsultowanie wyników i wskazanych ograniczeń oraz zgłoszenie stosowanych uwag, zapytań i komentarzy zarówno przez praktyków klinicznych, pacjentów jak i podmioty konkurencyjne względem wnioskodawcy.

W dalszej części pisma podniesiono, że mediana OS dla pembrolizumabu zamieszczona w Rekomendacji Prezesa nr 49/2022² wynosząca 20 mies. jest niezgodna z najbardziej aktualnymi danymi z badania KEYNOTE-024, w którym osiągnięto medianę na poziomie 26,3 mies. Należy przyjąć, że mediana zamieszczona w Rekomendacji Prezesa jest zgodna z danymi wejściowymi wykorzystanymi w najbardziej wiarygodnym wariancie porównania pośredniego pomiędzy atezolizumabem a pembrolizumabem, co jest zgodne z głównym celem AWA. Głównym argumentem na potwierdzenie tej tezy była analiza wariantów przedstawionych przez wnioskodawcę. Wariant podstawowy analizy opierał się o dane odnośnie OS ocenianego w momencie oceny PFS, kiedy mediany okresu obserwacji analizowanych badań były zbliżone. Istotne dla redukcji heterogeniczności metodycznej podczas ilościowej syntezy danych jest wykorzystanie danych pochodzących z możliwie zbliżonych okresów obserwacji. W dostępnej

² Rekomendacja nr 49/2022 z dnia 27 maja 2022 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie oceny leku Tecentriq (atezolizumab) w ramach programu lekowego „Leczenie niedrobnokomórkowego lub drobnokomórkowego raka płuca (ICD-10 C34)”

https://bipold.aotm.gov.pl/zlecenia_mz/2022/028/REK/BP_RP_nr_49_2022_Tecentriq_publicacja_BIP.pdf

w domenie publicznej dokumentacji³ przedstawionej przez wnioskodawcę dla produktu Tecentriq, w ramach analizy wrażliwości wykorzystano m. in. dane z publikacji KEYNOTE-024 Reck et al. JCO 2021⁴ (mediana OS dla pembrolizumabu wynosząca 26,3 miesiąca). Wobec powyższego należy przyjąć, że analiza danych przeprowadzona przez Agencję w trakcie procesu weryfikacji merytorycznej wniosku refundacyjnego jest zgodna z najbardziej aktualnymi danymi z badań rejestracyjnych, zarówno dla technologii będącej przedmiotem oceny jak i dla komparatora – pembrolizumabu.

W piśmie wskazano również trzy doniesienia mające na celu potwierdzenie zbliżonej do wyników badań klinicznych mediany przeżycia całkowitego (powyżej 26 miesięcy) uzyskiwanej w warunkach rzeczywistej praktyki. Należy przy tym wskazać, że publikacje wymieniono wybiórczo bez przedstawienia informacji odnośnie tego, czy istniały doniesienia wskazujące na niższą skuteczność pembrolizumabu w warunkach rzeczywistej praktyki. W związku z tym, że publikacje te przedstawione zostały jako argumenty za usunięciem fragmentu znajdującej się w domenie publicznej Analizy Weryfikacyjnej Agencji poniżej przedstawiam analizę tychże. Żadne z przytoczonych doniesień nie raportowało danych dla innego ramienia terapeutycznego niż pembrolizumab, co nie pozwala na wnioskowanie odnośnie efektu dodanego ze stosowania tej substancji czynnej. Nie przedstawiono zestawienia charakterystyk analizowanych populacji w odniesieniu do ram programu lekowego funkcjonującego w warunkach polskich, nie zamieszczono informacji o liczności pacjentów, kryteriów włączenia danych do analiz RWE oraz źródeł finansowania.

- Pierwsze z doniesień (Srdic 2021⁵) jest plakatem konferencyjnym, przez co należy uznać, że wyniki nie przeszły procesu recenzji, konsultacji z praktykami klinicystami oraz statystykami, co w porównaniu z publikacjami pełnotekstowymi kwestionuje ich wiarygodność. Analiza obejmuje dane jedynie dla 246 pacjentów, przez co może być objęta znacznym ryzykiem popełnienia systematycznego błędu selekcji. Uwagę zwraca również istotna informacja, do której nie odniesiono się w piśmie, że pod względem stopnia ekspresji PD-L1, kryterium wysokiej ekspresji określonej jak w funkcjonującym programie lekowym $\geq 50\%$ spełniało 50,4% pacjentów. Zdaniem autorów ekspresja PD-L1 nie była skorelowana z wynikami punktów końcowych, na plakacie nie zamieszczono jednak stosownych obliczeń. Na czas sporządzenia analiz przez autorów leczenie przyjmowało 27,1% pacjentów, a główną przyczyną dyskontynuacji leczenia pembrolizumabem była progresja choroby, średni czas trwania leczenia wyniósł 244 dni.
- Drugie z doniesień (Frost 2021⁶) raportuje dane z 6 certyfikowanych, niemieckich ośrodków pochodzące od 154 pacjentów, z których jak słusznie zwrócono uwagę w piśmie,

³ bipold.aotm.gov.pl/028/22_AnalizaKliniczna.pdf

⁴ Reck M, Rodríguez-Abreu D, Robinson AG, et al. Five-Year Outcomes With Pembrolizumab Versus Chemotherapy for Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer With PD-L1 Tumor Proportion Score ≥ 50 . J Clin Oncol. 2021 Jul 20;39(21): 2339-2349. doi: 10.1200/JCO.21.00174. Epub 2021 Apr 19. PMID: 33872070; PMCID: PMC8280089.

<https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.21.00174>

⁵ 2021 ESMO Congress 16-21 September 2021, Srdic D, Bitar L, Seiwerth F et al abstract 1323P, Immunotherapy for PDL1-high (TPS $\geq 50\%$) metastatic NSCLC: Results in real-world oncology practice

https://eslide.ctimeetingtech.com/esmo2021/public/download_uploaded_media/pdf/400

⁶ Frost N, Kollmeier J, Misch D et al. Pembrolizumab as First-Line Palliative Therapy in PD-L1 Overexpressing ($\geq 50\%$) NSCLC: Real-world Results with Special Focus on PS ≥ 2 , Brain Metastases, and Steroids. Clin Lung Cancer. 2021 Sep;22(5):411-422. doi: 10.1016/j.clcc.2021.02.001. Epub 2021 Feb 6. PMID: 33648877.

<https://reader.elsevier.com/reader/>

25% stanowili pacjenci nie spełniający jednego z kryteriów włączenia funkcjonującego programu lekowego – sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG. Analiza obejmuje dane jedynie dla 154 pacjentów, przez co może być objęta ryzykiem popełnienia systematycznego błędu selekcji. Wskazano również, że sama analiza nie była finansowana ze źródeł zewnętrznych, jednak autorzy zgłosili konflikt interesów m.in. z firmą MSD.

- Trzecie przytaczane doniesienie (Cortellini 2020⁷) raportuje doświadczenia włoskie, w których 847 pacjentów spełniało kryterium zgodności ze stanem sprawności wg ECOG. Badanie zawiera informacje z okresu od stycznia 2017 r. do października 2019 r. – 33 miesiące maksymalnego okresu obserwacji. Z analizy populacji ogólnej wynika, że na 1 026 pacjentów, u 628 pacjentów odnotowano dyskontynuację leczenia pembrolizumabem, 428 zmarło (41,7%). W tym przypadku również wskazano, że badanie nie było finansowane ze źródeł zewnętrznych, autorzy zgłosili konflikt interesów m.in. z firmą MSD.

We wskazanych przez Państwa doniesieniach wartość mediany przeżycia całkowitego wynosiła powyżej 26 mies. i była zdecydowanie wyższa niż wartość uzyskana na podstawie danych z baz płatnika publicznego w Polsce. Należy mieć jednak na uwadze zidentyfikowane ograniczenia oraz niską jakość przedstawionego materiału. Ponadto podmiot nie przeprowadził dyskusji nad możliwymi do wystąpienia przyczynami rozbieżności, na które zwrócono uwagę, poprzez choćby analizę standardu opieki oraz stopnia zaangażowania praktyków klinicznych.

W drodze podjętej przez Państwa polemiki poniżej prezentuję wykonaną przez AOTMiT analizę na podstawie danych pochodzących z systemu opieki zdrowotnej w Polsce, zgodnie z ogólnie przyjętą metodyką sporządzania analiz przeżycia⁸ z wykorzystaniem powszechnie stosowanego w literaturze estymatora Kaplana-Meier. Analizę wykonano w środowisku oprogramowania R version 4.1.2 (2021-11-01) – „Bird Hippie”. Wykorzystano instalowany pakiet „survival” – stosowany w literaturze medycznej do analizy przeżycia. Do uzyskanych krzywych Kaplana-Meier dołączano zakres przedziałów ufności.

Próbie ograniczono czasowo z uwagi na aktualność bazy zgonów do okresu od 15.05.2018 r. do 31.12.2020 r. – łącznie 32 miesiące maksymalnego okresu obserwacji. Zidentyfikowano łącznie 1 386 pacjentów w grupie pembrolizumabu, zgodnie z przyjętą w AWA Tecentriq Metodą III⁹. W predefiniowanych grupach pacjentów będących przedmiotem analiz odnotowano 614 zgonów

⁷ Cortellini A, Tiseo M, Banna GL et al. Clinicopathologic correlates of first-line pembrolizumab effectiveness in patients with advanced NSCLC and a PD-L1 expression of ≥ 50 . *Cancer Immunol Immunother.* 2020 Nov; 69(11):2209-2221. doi: 10.1007/s00262-020-02613-9. Epub 2020 May 30. PMID: 32474768.

<https://link.springer.com/article/10.1007/s00262-020-02613-9>

⁸ Kaplan, E. L., and Paul Meier. Nonparametric Estimation from Incomplete Observations. *Journal of the American Statistical Association* 53, no. 282 (1958): 457–81.

<https://doi.org/10.2307/2281868>

⁹ AWA Tecentriq, 3.3.2 Liczebność populacji, str. 16: „Trzecim podejściem zaproponowanym do przedmiotowej sprawy jest identyfikacja pacjentów z rozpoznaniem rakiem płuc, leczonych wyselekcjonowanymi opcjami terapeutycznymi. W celu zebrania informacji o takich pacjentach, w bazie SWIAD zadano kryteria dla kodów produktów jednostkowych wskazujących na wykorzystanie u pacjenta cisplatyny w skojarzeniu z paklitakselem/ docetakselem/ gemcytabiną/ pemetreksetem, winorelbiny w monoterapii, pembrolizumabu. Selekcja opcji terapeutycznych została przeprowadzona w oparciu o wytyczne kliniczne oraz wskazania rejestracyjne objęte refundacją. Uznano, że podejście trzecie cechuje się najwyższą wiarygodnością oszacowania prawdopodobnej populacji w kontekście niniejszego problemu decyzyjnego. (Metoda III)”

(44%). W przypadku 5 pacjentów z grupy pembrolizumabu obserwacja została rozpoczęta i zakończona tego samego dnia – okres obserwacji 0 dni.

W poniższej tabeli przedstawiono charakterystykę pacjentów poddanych analizie.

Charakterystyka pacjentów włączonych do analizy

Parametr	Pembrolizumab (PBR)
Liczba pacjentów	1 386
Udział mężczyzn	61,62%
Średni wiek ± SD [lata życia]	67,27 ± 7,77
Średni okres obserwacji [mies.]	8,74
Mediana okresu obserwacji [mies.]	6,29
IQR okresu obserwacji [dni]	74,75-408,00
Odsetek zgonów ogółem	44%

SD – wartość odchylenia standardowego dla próbki, IQR – rozstęp ćwiartkowy między 25. a 75. percentylem

Dla porównania należy wskazać, charakterystykę populacji pacjentów będących przedmiotem badania klinicznego KEYNOTE-024¹⁰, gdzie średnia wieku wyniosła w grupie pembrolizumabu 63,9 roku życia, odsetek mężczyzn wyniósł 59,7%, dla całkowitego okresu obserwacji zgony odnotowano dla 59,7% pacjentów.

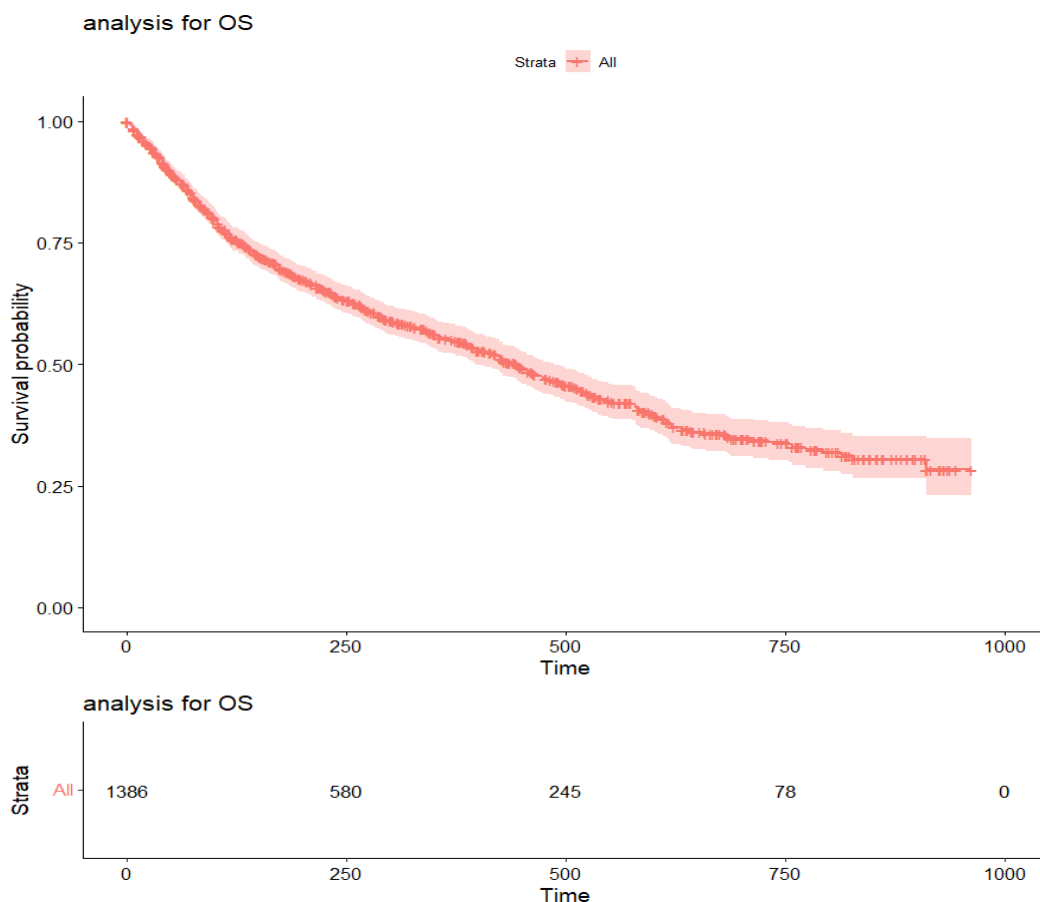
Kluczowym ograniczeniem przeprowadzonej analizy jest brak możliwości przeprowadzenia wiarygodnej analizy porównawczej pomiędzy grupą przyjmującą pembrolizumab, a grupą przyjmującą schematy chemioterapii. Brak jest możliwości porównania stanu klinicznego pacjentów stosujących pembrolizumab i schematy chemioterapii, ze względu na fakt, że dane dotyczące pacjentów przyjmujących schematy chemioterapii nie są dostępne z pozycji baz płatnika publicznego. Szczegółowe dane raportowane są przy okazji programów lekowych, w których nałożono obowiązek uzupełniania danych zawartych w rejestrze (system monitorowania programów terapeutycznych - SMPT). Zwarzywszy na kryteria kwalifikacji pacjentów do leczenia pembrolizumabem, określonych jako odsetek komórek nowotworowych z ekspresją PD-L1 50% lub większy, wykluczenie mutacji w genie EGFR oraz rearanżacji genów ALK i ROS1 w przypadku raka gruczołowego, wielkokomórkowego lub niedrobnokomórkowego raka płuca NOS, zaawansowanie kliniczne w stopniu IV, nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym, u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (leczenie chirurgiczne lub radioterapia) oraz nieobecność istotnych klinicznie objawów neurologicznych i potrzeby zwiększania dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed włączeniem do programu, sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG, wykluczenie współwystępowania chorób o istotnym klinicznie znaczeniu bez możliwości kontroli za pomocą właściwego leczenia oraz spełnienie warunków dla wartości parametrów biochemicznych. W związku z powyższym należy uznać, że nie jest uprawnione porównywanie wprost danych dla grupy stosującej pembrolizumab oraz schematy chemioterapii. Analizując uzyskane wyniki należy

¹⁰ Study of Pembrolizumab (MK-3475) Compared to Platinum-Based Chemotherapies in Participants With Metastatic Non-Small Cell Lung Cancer (MK-3475-024/KEYNOTE-024); Official Title: A Randomized Open-Label Phase III Trial of Pembrolizumab Versus Platinum Based Chemotherapy in 1L Subjects With PD-L1 Strong Metastatic Non-Small Cell Lung Cancer; Study Results

<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/results/NCT02142738?term=KEYNOTE+024&draw=2&rank=1>

mieć na uwadze niedojrzałość danych, a co za tym idzie wysoki odsetek cenzorowania, który może w sposób istotny wpływać na ostateczne wyniki, podobnie wysoki odsetek występuje jednak we włoskiej analizie Cortellini 2020.

Oszacowana wartość mediany przeżycia całkowitego w grupie pembrolizumabu wyniosła **14,6 mies. (95% CI: 13,04; 16,00)**. Na poniższym rysunku przedstawiono dodatkowo krzywą Kaplana-Meier.



Krzywa Kaplan-Meier dla przeżycia całkowitego pacjentów stosujących pembrolizumab

Mając na uwadze wyrażone w piśmie stanowisko podmiotu dotyczące możliwości wprowadzenia opinii publicznej w błąd, treść niniejszego pisma jak i korespondencji skierowanej do Agencji zostanie przekazana do publikacji w Biuletynie Informacji Publicznej AOTMiT na zasadzie informacji uzupełniających.

PREZES

dr n. med. Roman Topór-Mądry

/dokument podpisany elektronicznie/

Do wiadomości:

- 1) Maciej Miłkowski, Podsekretarz Stanu Ministerstwo Zdrowia
- 2) Katarzyna Bondaryk, Kancelaria Adwokacka Katarzyna Bondaryk