

## Formularz dla podmiotów / Form for organizations

<b>A. Identyfikacja właściwego organu / Identification of the Competent Authority</b>	
1.001 <b>Kod / Code</b> PL/CA01	
1.002 <b>Nazwa w języku miejscowym - po polsku / Name in local language - in Polish</b> Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych	
1.003 <b>Nazwa po angielsku / Name in English</b> The Office for Registration of Medicinal Products, Medical Devices and Biocidal Products	
1.004 <b>Kod kraju / Country code</b> PL	1.005 <b>Kod pocztowy i miasto / Postal code and city</b>
1.006 <b>Ulica, nr / Street, no.</b>	1.007 <b>Telefon / Phone</b> +48 22 4921100

Proszę wypełniać tylko pola z białym tłem / Please fill in fields with a white background only

<b>B. Identyfikacja zgłoszenia lub powiadomienia / Identification of notification</b>	
1.008 <b>Data wpływu / Date of notification</b>	1.009 <b>Numer referencyjny / Reference number</b>
1.010 <b>Rodzaj zgłoszenia lub powiadomienia / Notification type</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> 1. <b>Pierwsze dla wyrobu / First for device</b> <input type="checkbox"/> 2. <b>Zmiana danych podmiotu / Change of entity details</b> <input type="checkbox"/> 3. <b>Zmiana danych wyrobu / Change of device details</b>	
1.011 <b>W przypadku zmiany dotyczącej podmiotu proszę wskazać dane ulegające zmianie</b> In case of change of entity details please indicate the data being changed	
1.012 <b>Status podmiotu dokonującego niniejszego zgłoszenia lub powiadomienia / Status of the organization making this notification</b>	
<input type="checkbox"/> <b>W - Wytwórca (Producent) / Manufacturer</b> <input type="checkbox"/> <b>A - Autoryzowany przedstawiciel (Upoważniony przedstawiciel) / Authorized representative</b> <input type="checkbox"/> <b>I - Importer / Importer</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>D - Dystrybutor / Distributor</b> <input type="checkbox"/> <b>Z - Podmiot zestawiający system lub zestaw zabiegowy / Organization assembling system or procedure pack</b> <input type="checkbox"/> <b>S - Podmiot sterylizujący wyrób medyczny, system lub zestaw zabiegowy / Organization sterilizing medical device, system or procedure pack</b> <input type="checkbox"/> <b>O - Świadczeniodawca wykonujący ocenę działania (badanie działania) / Organization carrying out performance evaluation</b> <input type="checkbox"/> <b>L - Laboratorium wytwarzające na swój użytek wyrób IVD / Laboratory produced in home IVD device</b> <input type="checkbox"/> <b>DL - Podmiot wykonujący działalność leczniczą / Entity performing medical activity</b> <input type="checkbox"/> <b>IZ - Instytucja zdrowia publicznego / Health institution</b> <input type="checkbox"/> <b>P - Podmiot, który używa wyrobów do działalności gospodarczej lub zawodowej / Entity that uses products for business or professional activity</b>	



<b>C. Identyfikacja wytwórcy (producenta) / Identification of the manufacturer</b>	
<b>1.013 Numer referencyjny / Reference number</b>	<b>1.014 Kod kraju / Country code</b> BE
<b>1.015 Nazwa wytwórcy (producenta), pełna / Name of the manufacturer, in full</b> VERMEIREN GROUP	
<b>1.016 Nazwa wytwórcy (producenta), skrócona / Name of the manufacturer, abbreviated</b> VERMEIREN	
<b>1.017 Miasto / City</b> Kalmthout	<b>1.018 Kod pocztowy / Postal code</b>
<b>1.019 Ulica, nr / Street, no.</b> Vermeirenplein 1/15	<b>1.020 Skrytka pocztowa / PO Box</b> 2920
<b>Osoba do kontaktu / Contact person</b>	
<b>1.021 Imię i nazwisko / Full name</b> TOM STAUT	<b>1.022 Telefon / Phone</b> 32 3 620 20 20
<b>1.023 E-mail</b> tom.staut@vermeiren.be	<b>1.024 Faks / Fax</b>

<b>D. Identyfikacja autoryzowanego przedstawiciela (upoważnionego przedstawiciela) / Identification of the authorized representative</b>	
<b>1.025 Numer referencyjny / Reference number</b>	<b>1.026 Kod kraju / Country code</b>
<b>1.027 Nazwa autoryzowanego przedstawiciela (upoważnionego przedstawiciela), pełna / Name of the authorized representative, in full</b>	
<b>1.028 Nazwa autoryzowanego przedstawiciela (upoważnionego przedstawiciela), skrócona / Name of the authorized representative, abbreviated</b>	
<b>1.029 Miasto / City</b>	<b>1.030 Kod pocztowy / Postal code</b>
<b>1.031 Ulica, nr / Street, no.</b>	<b>1.032 Skrytka pocztowa / PO Box</b>
<b>Osoba do kontaktu / Contact person</b>	
<b>1.033 Imię i nazwisko / Full name</b>	<b>1.034 Telefon / Phone</b>
<b>1.035 E-mail</b>	<b>1.036 Faks / Fax</b>

<b>E. Identyfikacja ... / Identification of the ...</b>	
<b>1.037</b>	<input type="checkbox"/> I - ... importera / ... importer <input checked="" type="checkbox"/> D - ... dystrybutora / ... distributor
<b>1.038 Numer referencyjny / Reference number</b>	<b>1.039 Kod kraju / Country code</b> PL
<b>1.040 Nazwa importera lub dystrybutora, pełna / Name of the importer or distributor, in full</b> Vermeiren Polska Sp z o.o.	
<b>1.041 Nazwa importera lub dystrybutora, skrócona / Name of the importer or distributor, abbreviated</b> Vermeiren Polska	
<b>1.042 Miasto / City</b> TRZEBNICA	<b>1.043 Kod pocztowy / Postal code</b> 55-100
<b>1.044 Ulica, nr / Street, no.</b> ŁĄCZNA 1	<b>1.045 Skrytka pocztowa / PO Box</b>
<b>Osoba do kontaktu / Contact person</b>	
<b>1.046 Imię i nazwisko / Full name</b> SŁAWOMIR GOLEC	<b>1.047 Telefon / Phone</b> +48 71 387 42 00
<b>1.048 E-mail</b> slawomir.golec@vermeiren.pl	<b>1.049 Faks / Fax</b>



<b>F. Identyfikacja ... / Identification of the organization ...</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>Z</b> - ... podmiotu zestawiającego system lub zestaw zabiegowy / ... assembling system or procedure pack
<input type="checkbox"/>	<b>S</b> - ... podmiotu sterylizującego wyrób medyczny, system lub zestaw zabiegowy / ... sterilizing medical device, system or procedure pack
<input type="checkbox"/>	<b>O</b> - ... Świadczeniodawcy wykonującego ocenę działania (badanie działania) / ... carrying out performance evaluation
<b>1.050</b>	<input type="checkbox"/> <b>L</b> - ... laboratorium wytwarzające na swój użytek wyrób IVD / Laboratory produced in home IVD device
<input type="checkbox"/>	<b>DL</b> - ... podmiot wykonujący działalność leczniczą / Entity performing medical activity
<input type="checkbox"/>	<b>IZ</b> - ... instytucja zdrowia publicznego / Health institution
<input type="checkbox"/>	<b>P</b> - ... podmiot, który używa wyrobów do działalności gospodarczej lub zawodowej / Entity that uses products for business or professional
<b>1.051</b>	<b>Numer referencyjny</b> / Reference number
<b>1.052</b>	<b>Kod kraju</b> / Country code
<b>1.053</b>	<b>Nazwa podmiotu, pełna</b> / Name of the organization, in full
<b>1.054</b>	<b>Nazwa podmiotu, skrócona</b> / Name of the organization, abbreviated
<b>1.055</b>	<b>Miasto</b> / City
<b>1.056</b>	<b>Kod pocztowy</b> / Postal code
<b>1.057</b>	<b>Ulica, nr</b> / Street, no.
<b>1.058</b>	<b>Skrytka pocztowa</b> / PO Box
<b>Osoba do kontaktu</b> / Contact person	
<b>1.059</b>	<b>Imię i nazwisko</b> / Full name
<b>1.060</b>	<b>Telefon</b> / Phone
<b>1.061</b>	<b>E-mail</b>
<b>1.062</b>	<b>Faks</b> / Fax
<b>G. Identyfikacja pełnomocnika działającego w imieniu podmiotu dokonującego zgłoszenia lub powiadomienia</b> Identification of the person acting as proxy for the organization making this notification	
<b>Wypełnia pełnomocnik ustanowiony na mocy art. 33 KPA lub art. 38 ust. 1 ustawy o CEIDG i Punkcie Informacji dla Przedsiębiorcy</b> To be filled in by person acting as proxy in accordance with art. 33 of the Polish Code of Administrative Procedure or art. 45 par. 1 of CEIDG Act	
<b>1.063</b>	<b>Imię i nazwisko</b> / Full name
<b>1.064</b>	<b>Miasto</b> / City
<b>1.065</b>	<b>Kod pocztowy</b> / Postal code
<b>1.066</b>	<b>Ulica, nr</b> / Street, no.
<b>1.067</b>	<b>Skrytka pocztowa</b> / PO Box
<b>1.068</b>	<b>Telefon</b> / Phone
<b>1.069</b>	<b>Faks</b> / Fax
<b>H. Liczba wyrobów objętych tym zgłoszeniem lub powiadomieniem / Number of devices covered by this notification</b>	
<b>Proszę podać właściwe liczby lub zero, jeśli nie dołączono danego typu formularza</b> Please provide proper numbers or zero if there are no attached forms of given type	
<b>1.070</b>	<b>Liczba dołączonych Załączników nr 2</b> / Number of attached forms no. 2
	<b>0</b>
<b>1.071</b>	<b>Liczba dołączonych Załączników nr 3</b> / Number of attached forms no. 3
	<b>0</b>
<b>1.072</b>	<b>Liczba wyrobów wymienionych w dołączonych Załącznikach nr 4</b> / Number of devices listed in attached forms no. 4
	<b>1</b>

Potwierdzam, że powyższe informacje są poprawne według mojej najlepszej wiedzy.

I affirm that the information given above is correct to the best of my knowledge.

**Miasto / City** TRZEBNICA

**Data / Date** 2023-06-28

**Nazwisko / Name** SŁAWOMIR GOLEC

**Podpis / Signature** 

## Wykaz wyrobów objętych powiadomieniem

List of devices covered by this notification

Proszę wypełniać tylko pola z białym tłem / Please fill in fields with a white background only

A. Identyfikacja powiadomienia / Identification of notification			
4.001	Numer kolejny Załącznika nr 4 w obrębie tego powiadomienia Ordinal number of form no. 4 within this notification	4.002	Numer referencyjny Załącznika nr 1 / Reference number of form no. 1
1			
B. Wykaz wyrobów / List of devices			
4.003 Nr referencyjny / Ref. no	4.004 Nazwa handlowa wyrobu / Trade name of device 1), 2)	4.005 Kod Basic UDI-DI, jeżeli został nadany / Basic UDI-DI code, if applicable	4.006 Nazwa rodzajowa wyrobu <sup>1</sup> / Generic device name <sup>3</sup>
	VERSO	5415174VersoG7	Wózek inwalidzki elektryczny, kod: EMDN Y122127
			4.007 Numer identyfikacyjny jednostki notyfikowanej, jeżeli dotyczy / Identification number of the notified body, if applicable



Potwierdzam, że powyższe informacje są poprawne według mojej najlepszej wiedzy.  
I affirm that the information given above is correct to the best of my knowledge.

Miasto / City

TRZEBNICA

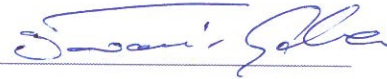
Data / Date

2023-06-28

Nazwisko / Name

SŁAWOMIR GOLEC

Podpis / Signature



- 1) Wyroby różniące się nazwą handlową, typem, modelem, wersją wykonania, wersją oprogramowania, rozmiarem, kształtem lub wymiarami można uznać za jeden wyrób i zamieścić w jednym powiadomieniu, jeżeli są lub mają:
  - jednego wytwórcę,
  - jednego autoryzowanego przedstawiciela, jeżeli ich wytwórca nie ma siedziby lub miejsca zamieszkania w państwie członkowskim,
  - jeden, wspólny, krótki opis wyrobu i jego przewidziane zastosowanie,
  - jedną, możliwie najbardziej szczegółową nazwę rodzajową,
  - jeden kod wyrobu według Globalnej Nomenklatury Wyrobów Medycznych albo innej uznanej nomenklatury wyrobów medycznych,
  - tę samą klasyfikację albo kwalifikację,
  - wspólną ocenę zgodności wykonaną z użyciem tych samych procedur oceny zgodności,
  - wspólny certyfikat zgodności lub wspólne certyfikaty zgodności, jeżeli w ocenie ich zgodności brała udział jednostka notyfikowana,
  - jeden numer referencyjny w bazie EUDAMED i jedną nazwę handlową w języku polskim albo jedną nazwę handlową w języku angielskim.
- 2) Systemy lub zestawy zabiegowe o tym samym przeznaczeniu, zestawione przez ten sam podmiot i zawierające te same wyroby medyczne, które w poszczególnych systemach lub zestawach zabiegowych występują w różnych ilościach lub różnią się nazwą handlową, typem, modelem, wersją wykonania, wersją oprogramowania, rozmiarem, kształtem lub wymiarami można uznać za jeden system lub zestaw zabiegowy, jeżeli odpowiadające sobie wyroby medyczne w poszczególnych systemach lub zestawach zabiegowych mogą być uznane za jeden wyrób zgodnie z pkt 1.
- 3) Nazwą rodzajową wyrobu jest nazwa umożliwiająca jednoznaczne zdefiniowanie przewidzianego zastosowania wyrobu, np. maska, cewnik, strzykawka