

KONFORMITÄTSSERKLÄRUNG / DECLARATION DE CONFORMITE DEKLARACJA ZGODNOŚCI

Name und Adresse der Firma Nom et adresse de l'entreprise Nazwa i adres firmy	BS MEDICAL TECH INDUTRY 2 rue de l'avenir 67470 NIEDERROEDERN FRANKREICH
---	---

Wir erklären in alleiniger Verantwortung, dass / Nous declarons sous notre propre responsabilite que /
Deklarujemy na naszą wyłączną odpowiedzialność, że


das Medizinprodukt le dispositif medical wyrób medyczny	Artykuły do stentów moczowodowych i urologii (Stent, Prowadnica, Pchacz)
---	---

der Klasse / de la classe / klasa	IIB Nach Anhang IX der Richtlinie 93/42/EWG selen l'annexe IX de la directive 93/42/CEE zgodnie z załącznikiem IX dyr. 93/42/EEC
---	--

allen Anforderungen der Medizinprodukte-Richtlinie 93/42/EWG und 2007/47 EG entspricht, die anwendbar sind /
remplit toutes les exigences de la directive sur les dispositifs medicaux 93/42/CEE et 2007/47CE qui le concernent /
spełnia wymagania dyrektywy 93/42/EEC i 2007/47 EC, do której mają zastosowanie.

Angewandte harmonisierte Normen, nationale Normen oder andere normative Dokumente Normes harmonisees, normes nationales et autres documents normatifs appliques Zastosowane zharmonizowane normy, standardy krajowe lub inne dokumenty normatywne	Allgemeine Normen		
	NF EN 556-1		NF EN ISO 11737-1
	NF EN 868-5		NF EN ISO 13485
	NF EN 1041+AI		NF EN ISO 14971
	NF EN ISO 10993-1		NF EN ISO 15223-1
	NF EN ISO 10993-7		NF EN 62366
	NF EN ISO 11135-1		Richtlinie 93/42EWG und 2007/47 EG Ober Medizinprodukte
	NF EN ISO 11607-1		Meddev 2.7.1
	NF EN ISO 11607-2		ASTM F 1980
	Spezifische Normen		
	NF EN 1618		
	NF EN 1617		NF EN 20594 -1
	NF EN ISO 11070		NF EN 1616/AI

Konformitätsbewertungsverfahren Procedure d'evaluation de la conformite Procedura oceny zgodności	Der Vorgaben der Europäischen Richtlinie 93/42 EWG und 2007/47 EG Ober Medizinprodukte
---	---

Konformitätsbewertungsstelle (falls beigezogen) Organe resp. de l'evaluat. de la conformite (si consulte) Jednostka Notyfikująca (w razie konsultacji)	DS  QSZ urich AG Post fach 6335 CH-8050 Zurich
--	--

Niederroedern, den 10/01/2017 Ort, Datum / Lieu, date Place, datea	Bertrncd Basch, Manager- Name und Funktion / Nom et fonction / Nazwa i funkcja
--	--

KONFORMITÄTSERKLÄRUNG / DECLARATION DE CONFORMITE DECLARATION OF CONFORMITY

Name und Adresse der Firma
Nom et adresse de l'entreprise
Name and address of the firm

BS MEDICAL TECH INDUTRY
2 rue de l'avenir
67470 NIEDERROEDERN
FRANKREICH

Wir erklären in alleiniger Verantwortung, dass / Nous déclarons sous notre propre responsabilité que /
We declare under our sole responsibility that

das Medizinprodukt
le dispositif médical
the medical device

Ureteral Stent and Endo-Urology articles (Stent, Guidewire, Pusher)

der Klasse /
de la classe /
of class

IIb

Nach Anhang IX der Richtlinie 93/42/EWG
selon l'annexe IX de la directive 93/42/CEE
according to annex IX of direct. 93/42/EEC

allen Anforderungen der Medizinprodukte-Richtlinie 93/42/EWG und 2007/47 EG entspricht, die anwendbar sind /
remplit toutes les exigences de la directive sur les dispositifs médicaux 93/42/CEE et 2007/47CE qui le concernent /
meets all the provisions of the directive 93/42/EEC and 2007/47 EC which apply to it.

Angewandte harmonisierte Normen, nationale
Normen oder andere normative Dokumente
Normes harmonisées, normes nationales et
autres documents normatifs appliqués
Applied harmonised standards, national
standards or other normative documents

Allgemeine Normen

NF EN 556-1

NF EN 868-5

NF EN 1041+A1

NF EN ISO 10993-1

NF EN ISO 10993-7

NF EN ISO 11135-1

NF EN ISO 11607-1

NF EN ISO 11607-2

Spezifische Normen

NF EN 1618

NF EN 1617

NF EN ISO 11070

NF EN ISO 11737-1

NF EN ISO 13485

NF EN ISO 14971

NF EN ISO 15223-1

NF EN 62366

Richtlinie 93/42EWG und 2007/47
EG über Medizinprodukte

Meddev 2.7.1

ASTM F 1980

NF EN 20594 -1

NF EN 1616/A1

Konformitätsbewertungsverfahren
Procédure d'évaluation de la conformité
Conformity assessment procedure

**Der Vorgaben der Europäischen Richtlinie 93/42 EWG und 2007/47 EG über
Medizinprodukte**

Konformitätsbewertungsstelle (falls beigezogen)
Organe resp. de l'évaluat. de la conformité (si
consulté)
Notified Body (if consulted)



QS Zürich AG
Postfach 6335
CH-8050 Zürich

Niederroedern, den 10/01/2017
Ort, Datum / Lieu, date Place, date

Bertrand Basch : Manager



Name und Funktion / Nom et fonction / Name and function

EC Certificate

Full Quality Assurance System

Directive 93/42/EEC on Medical Devices, Annex II excluding (4)

Registration No.: HD 1957139-1

Manufacturer: BS Medical Tech Industry SAS
2 rue de l'Avenir
67470 Niederroedern
France

Products: Single use disposable products and equipment for urology and enteral nutrition:

- Ureteral Catheters
- Ureteral Stents
- Ureteral Access Sheath
- Ureteral Occlusion Catheter
- Nephrostomy Sets
- Percutaneous Gastrostomy Sets
- Dilator (nephrostomy single component)

For the following devices the scope covers only the aspects of the manufacture concerned with the securing and maintaining sterile conditions:

- Adapter MLL / Spout (nephrostomy single component)
- Ureteral Catheter-Adapter
- Ureteral Stent-Adapter

The Notified Body hereby declares that the requirements of Annex II, excluding section 4 of the directive 93/42/EEC have been met for the listed products. The above named manufacturer has established and applies a quality assurance system, which is subject to periodic surveillance, defined by Annex II, section 5 of the aforementioned directive. For placing on the market of class III devices covered by this certificate an EC design-examination certificate according to Annex II section 4 is required.

Report No.: 3298680-90

Effective date: 2021-05-19

Expiry date: 2024-05-26

Issue date: 2021-05-19



Dr. K. Kluge
TÜV Rheinland LGA Products GmbH
Tillystraße 2 · 90431 Nürnberg · Germany

TÜV Rheinland LGA Products GmbH is a Notified Body according to Directive 93/42/EEC concerning medical devices with the identification number 0197.

Tłumaczenie z języka angielskiego

Certyfikat CE

Pełny System Zarządzania jakością

Dyrektywa 93/42/EEC dla Wyrobów Medycznych, Aneks II z wyłączeniem (4)

Numer rejestracyjny: HD 1957139-1

Wytwórca: BS Medical Tech Industry SAS
2 rue de l'Avenir
67470 Niederroedern
Francja

Produkty: Produkty i wyposażenie jednorazowego użytku do urologii i żywienia dojelitowego:

Cewniki moczowodowe
Stenty moczowodowe
Koszulka dostępu do moczowodu
Cewnik okluzyjny
Zestaw do nefrostomii
Zestaw do gastrostomii przezierniczej
Dylator (komponent do nefrostomii)

Dla niżej wymienionych produktów certyfikat dotyczy jedynie aspektu produkcji
dotyczącego zabezpieczenia i stosowania sterylnych warunków:

Adapter MLL (komponent do nefrostomii)
Cewnik moczowodowy – łącznik
Stent moczowodowy – łącznik

Jednostka Notyfikowana niniejszym potwierdza, że dla wymienionych produktów zostały spełnione wymagania
Aneksu II z wyłączeniem sekcji 4 dyrektywy 93/42/EEC. Wymieniony powyżej wytwórca ustalił i stosuje system
zarządzania jakością, który podlega okresowemu nadzorowi zdefiniowanemu przez Aneks II, sekcja 5 wyżej
wymienionej dyrektywy.

W celu wprowadzenia do obrotu produktów klasy III objętych niniejszym certyfikatem wymagany jest certyfikat
projektowo – badawczy CE zgodnie z Aneksem II sekcja 4.

Numer raportu: 3298680-90

Ważny od: 2021-05-19

Ważny do: 2024-05-26

Data wydania: 2021-05-19

/podpis nieczytelny/

Dr. K.Kluge

TUV Rheinland LGA Products GmbH
Tillystrasse 2, 90431 Nurnberg, Niemcy

TUV Rheinland LGA Products GmbH jest Jednostką Notyfikowaną zgodnie z Dyrektywą 93/42/EEC dotyczącą wyrobów medycznych, o
numerze identyfikacyjnym 0197.



Zestaw do szynowania moczowodów z popychaczem sterowalnym.

Zestaw zawiera :

- Cewnik otwarty/otwarty oraz otwarty/ zamknięty **skalowany co 1 cm z linią pozycjonującą**, wykonany z miękkiego poliuretanu.
- Popychacz sterowalny długość 45 cm.
- Prowadnicę pokrytą PTFE, długość 150cm dla cewnika O/O oraz 100cm dla cewnika O/Z, średnica prowadnicy dopasowana do rozmiaru cewnika.
- Zacisk

Zestaw sterylny, sterylizacja tlenkiem etylenu. Jednorazowego użytku.

Maksymalny czas stosowania **do 6 miesięcy**.

Dostępne rozmiary wraz z długością całkowitą/części prostej między pętłami:

Otwarty/Otwarty

4,8F

Nr kat. 135 860 048 260 dł. 26/22cm
 Nr kat. 135 861 048 280 dł. 28/24cm
 Nr kat. 135 862 048 300 dł. 30/26cm
 Nr kat. 135 863 048 320 dł. 32/28cm

6F

Nr kat. 135 860 060 260 dł. 26/22cm
 Nr kat. 135 861 060 280 dł. 28/24cm
 Nr kat. 135 862 060 300 dł. 30/26cm
 Nr kat. 135 863 060 320 dł. 32/28cm

7F

Nr kat. 135 860 070 260 dł. 26/22cm
 Nr kat. 135 861 070 280 dł. 28/24cm
 Nr kat. 135 862 070 300 dł. 30/26cm
 Nr kat. 135 863 070 320 dł. 32/28cm

Otwarty / Zamknięty

4,8F

Nr kat. 134 860 048 260 dł. 26/22cm
 Nr kat. 134 861 048 280 dł. 28/24cm
 Nr kat. 134 862 048 300 dł. 30/26cm
 Nr kat. 134 863 048 320 dł. 32/28cm

6F

Nr kat. 134 860 060 260 dł. 26/22cm
 Nr kat. 134 861 060 280 dł. 28/24cm
 Nr kat. 134 862 060 300 dł. 30/26cm
 Nr kat. 134 863 060 320 dł. 32/28cm

7F

Nr kat. 134 860 070 260 dł. 26/22cm
 Nr kat. 134 861 070 280 dł. 28/24cm
 Nr kat. 134 862 070 300 dł. 30/26cm
 Nr kat. 134 863 070 320 dł. 32/28cm

Dystrybucja w Polsce:

Formularz dla podmiotów / Form for organizations

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

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

B. Identyfikacja zgłoszenia lub powiadomienia / Identification of notification	
1.008 Data wpływu / Date of notification	1.009 Numer referencyjny / Reference number
1.010 Rodzaj zgłoszenia lub powiadomienia / Notification type <input checked="" type="checkbox"/> 1. Pierwsze dla wyrobu / First for device <input type="checkbox"/> 2. Zmiana danych podmiotu / Change of entity details <input type="checkbox"/> 3. Zmiana danych wyrobu / Change of device details	
1.011 W przypadku zmiany dotyczącej podmiotu proszę wskazać dane ulegające zmianie In case of change of entity details please indicate the data being changed	
1.012 Status podmiotu dokonującego niniejszego zgłoszenia lub powiadomienia / Status of the organization making this notification <input type="checkbox"/> W - Wytwórca / Manufacturer <input type="checkbox"/> A - Autoryzowany przedstawiciel / Authorized representative <input type="checkbox"/> I - Importer / Importer <input checked="" type="checkbox"/> D - Dystrybutor / Distributor <input type="checkbox"/> Z - Podmiot zestawiający system lub zestaw zabiegowy / Organization assembling system or procedure pack <input type="checkbox"/> S - Podmiot sterylizujący wyrób medyczny, system lub zestaw zabiegowy / Organization sterilizing medical device, system or procedure pack <input type="checkbox"/> O - Świadczeniodawca wykonujący ocenę działania / Organization carrying out performance evaluation <input type="checkbox"/> L - Laboratorium wytwarzające na swój użytek wyrób IVD / Laboratory produced in home IVD device	

C. Identyfikacja wytwórcy / Identification of the manufacturer	
1.013 Numer referencyjny / Reference number	1.014 Kod kraju / Country code DE
1.015 Nazwa wytwórcy, pełna / Name of the manufacturer, in full Innovative Medical Produkte	
1.016 Nazwa wytwórcy, skrócona / Name of the manufacturer, abbreviated IMP	
1.017 Miasto / City Karlsruhe	1.018 Kod pocztowy / Postal code D-76149
1.019 Ulica, nr / Street, no. Am Hubengut 8	1.020 Skrytka pocztowa / PO Box
Osoba do kontaktu / Contact person	
1.021 Imię i nazwisko / Full name Rosetta Lauschel	1.022 Telefon / Phone +49 721 9475315
1.023 E-mail rl@imp-medical.de	1.024 Faks / Fax +49 721 9475311

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

E. Identyfikacja ... / Identification of the ...		1.037	<input type="checkbox"/> I - ... importera / ... importer <input checked="" type="checkbox"/> D - ... dystrybutora / ... distributor
1.038 Numer referencyjny / Reference number	1.039 Kod kraju / Country code PL		
1.040 Nazwa importera lub dystrybutora, pełna / Name of the importer or distributor, in full Skamex Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością sp.k.			
1.041 Nazwa importera lub dystrybutora, skrócona / Name of the importer or distributor, abbreviated Skamex			
1.042 Miasto / City Łódź	1.043 Kod pocztowy / Postal code 93-121		
1.044 Ulica, nr / Street, no. Częstochowska 38/52	1.045 Skrytka pocztowa / PO Box		
Osoba do kontaktu / Contact person			
1.046 Imię i nazwisko / Full name Katarzyna Kowalczyk	1.047 Telefon / Phone 42 6771411		
1.048 E-mail katarzyna.kowalczyk@skamex.com.pl	1.049 Faks / Fax 42 6724010		

F. Identyfikacja ... / Identification of the organization ...	
1.050	<input type="checkbox"/> Z - ... podmiotu zestawiającego system lub zestaw zabiegowy / ... assembling system or procedure pack <input type="checkbox"/> S - ... podmiotu sterylizującego wyrób medyczny, system lub zestaw zabiegowy / ... sterilizing medical device, system or procedure pack <input type="checkbox"/> O - ... Świadczeniodawcy wykonującego ocenę działania / ... carrying out performance evaluation <input type="checkbox"/> L - ... laboratorium wytwarzające na swój użytek wyrób IVD / Laboratory produced in home IVD device
1.051 Numer referencyjny / Reference number	1.052 Kod kraju / Country code
1.053 Nazwa podmiotu, pełna / Name of the organization, in full	
1.054 Nazwa podmiotu, skrócona / Name of the organization, abbreviated	
1.055 Miasto / City	1.056 Kod pocztowy / Postal code
1.057 Ulica, nr / Street, no.	1.058 Skrytka pocztowa / PO Box
Osoba do kontaktu / Contact person	
1.059 Imię i nazwisko / Full name	1.060 Telefon / Phone
1.061 E-mail	1.062 Faks / Fax

G. Identyfikacja pełnomocnika działającego w imieniu podmiotu dokonującego zgłoszenia lub powiadomienia Identification of the person acting as proxy for the organization making this notification	
Wypełnia pełnomocnik ustanowiony na mocy art. 33 KPA To be filled in by person acting as proxy in accordance with art. 33 of the Polish Code of Administrative Procedure	
1.063 Imię i nazwisko / Full name	
1.064 Miasto / City	1.065 Kod pocztowy / Postal code
1.066 Ulica, nr / Street, no.	1.067 Skrytka pocztowa / PO Box
1.068 Telefon / Phone	1.069 Faks / Fax

H. Liczba wyrobów objętych tym zgłoszeniem lub powiadomieniem / Number of devices covered by this notification	
Proszę podać właściwe liczby lub zero, jeśli nie dołączono danego typu formularza Please provide proper numbers or zero if there are no attached forms of given type	
1.070 Liczba dołączonych Załączników nr 2 / Number of attached forms no. 2	0
1.071 Liczba dołączonych Załączników nr 3 / Number of attached forms no. 3	0
1.072 Liczba wyrobów wymienionych w dołączonych Załącznikach nr 4 / Number of devices listed in attached forms no. 4	17

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 Łódź

Data / Date 2018-01-29

Nazwisko / Name Janusz Kruk

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 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 5px;">1</div> Ordinal number of form no. 4 within this notification	4.002 Numer referencyjny Załącznika nr 1 / Reference number of form no. 1

B. Wykaz wyrobów / List of devices	
4.003 Nr referencyjny / Ref. no	4.004 Nazwa handlowa wyrobu / Trade name of device 1), 2)
	Polyurethan Innoflex Ureterschiene e.o. 6,0/26 (ref. 132860 060260)
	Polyurethan Innoflex Ureterschiene e.o. 6,0/28 (ref. 132861 060280)
	Polyurethan Innoflex Ureterschiene St.zyl. 4.8/26 URS (ref. 136850 048260)
	Polyurethan Innoflex Ureterschiene St. T. 6,0/26 (ref. 134860 060260)
	Polyurethan Innoflex Ureterschiene St. T. 6,0/28 (ref. 134861 060280)
	Polyurethan Innoflex Ureterschiene St. e.o. 4.8/24 URS (ref. 135849 048240)
	Polyurethan Innoflex Ureterschiene St. e.o. 4.8/26 URS (ref. 135850 048260)
	Polyurethan Innoflex Ureterschiene St. e.o. 4.8/28 URS (ref. 135851 048280)
	Polyurethan Innoflex Ureterschiene St. e.o. 6,0/24 (ref. 135859 060240)
	Polyurethan Innoflex Ureterschiene St. e.o. 6,0/26 (ref. 135860 060260)
	Polyurethan Innoflex Ureterschiene i.o. 6,0/18 (ref. 137867 060180)
	Polyurethan Innoflex Ureterschiene i.o. 4,8/20 (ref. 137868 048200)
	Polyurethan Innoflex Ureterschiene i.o. 6,0/20 (ref. 137868 060200)
	Polyurethan Innoflex Ureterschiene i.o. 4,8/24 (ref. 137870 048240)
	Polyurethan Innoflex Ureterschiene i.o. 4,8/26 (ref. 137871 048260)
	Polyurethan Innoflex Ureterschiene i.o. 6,0/26 (ref. 137871 060260)
	Polyurethan Innoflex Ureterschiene i.o. 6,0/30 (ref. 137873 060300)

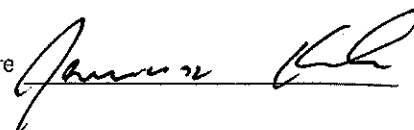
Potwierdzam, że powyższe informacje są poprawne według mojej najlepszej wiedzy.
I affirm that the information given above is correct to the best of my knowledge.

Miasto / City Łódź

Data / Date 2018-01-29

Nazwisko / Name Janusz Kruk

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.

9/a

Formularz dla podmiotów / Form for organizations

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

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

B. Identyfikacja zgłoszenia lub powiadomienia / Identification of notification	
1.008 Data wpływu / Date of notification	1.009 Numer referencyjny / Reference number
1.010 Rodzaj zgłoszenia lub powiadomienia / Notification type	
<input checked="" type="checkbox"/> 1. Pierwsze dla wyrobu / First for device <input type="checkbox"/> 2. Zmiana danych podmiotu / Change of entity details <input type="checkbox"/> 3. Zmiana danych wyrobu / Change of device details	
1.011 W przypadku zmiany dotyczącej podmiotu proszę wskazać dane ulegające zmianie In case of change of entity details please indicate the data being changed	
1.012 Status podmiotu dokonującego niniejszego zgłoszenia lub powiadomienia / Status of the organization making this notification	
<input type="checkbox"/> W - Wytwórca / Manufacturer <input type="checkbox"/> A - Autoryzowany przedstawiciel / Authorized representative <input type="checkbox"/> I - Importer / Importer <input checked="" type="checkbox"/> D - Dystrybutor / Distributor <input type="checkbox"/> Z - Podmiot zestawiający system lub zestaw zabiegowy / Organization assembling system or procedure pack <input type="checkbox"/> S - Podmiot sterylizujący wyrób medyczny, system lub zestaw zabiegowy / Organization sterilizing medical device, system or procedure pack. <input type="checkbox"/> O - Świadczeniodawca wykonujący ocenę działania / Organization carrying out performance evaluation <input type="checkbox"/> L - Laboratorium wytwarzające na swój użytek wyrób IVD / Laboratory produced in home IVD device	

C. Identyfikacja wytwórcy / Identification of the manufacturer	
1.013 Numer referencyjny / Reference number	1.014 Kod kraju / Country code DE
1.015 Nazwa wytwórcy, pełna / Name of the manufacturer, in full Innovative Medical Produkte	
1.016 Nazwa wytwórcy, skrócona / Name of the manufacturer, abbreviated IMP	
1.017 Miasto / City Karlsruhe	1.018 Kod pocztowy / Postal code D-76149
1.019 Ulica, nr / Street, no. Am Hubengut 8	1.020 Skrytka pocztowa / PO Box
Osoba do kontaktu / Contact person	
1.021 Imię i nazwisko / Full name Rosetta Lauschel	1.022 Telefon / Phone +49 721 947 5315
1.023 E-mail rl@imp-medical.de	1.024 Faks / Fax +49 721 947 5311

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

E. Identyfikacja ... / Identification of the ...		1.037 <input type="checkbox"/> I - ... importera / ... Importer <input checked="" type="checkbox"/> D - ... dystrybutora / ... distributor
1.038 Numer referencyjny / Reference number	1.039 Kod kraju / Country code PL	
1.040 Nazwa importera lub dystrybutora, pełna / Name of the importer or distributor, in full Skamex Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością sp.k.		
1.041 Nazwa importera lub dystrybutora, skrócona / Name of the importer or distributor, abbreviated Skamex		
1.042 Miasto / City Łódź	1.043 Kod pocztowy / Postal code 93-121	
1.044 Ulica, nr / Street, no. Częstochowska 38/52	1.045 Skrytka pocztowa / PO Box	
Osoba do kontaktu / Contact person		
1.046 Imię i nazwisko / Full name Katarzyna Kowalczyk	1.047 Telefon / Phone 42 6771411	
1.048 E-mail katarzyna.kowalczyk@skamex.com.pl	1.049 Faks / Fax 42 6724010	

F. Identyfikacja ... / Identification of the organization ...	
1.050	<input type="checkbox"/> Z - ... podmiotu zestawiającego system lub zestaw zabiegowy / ... assembling system or procedure pack <input type="checkbox"/> S - ... podmiotu sterylizującego wyrób medyczny, system lub zestaw zabiegowy / ... sterilizing medical device, system or procedure pack <input type="checkbox"/> O - ... świadczeniodawcy wykonującego ocenę działania / ... carrying out performance evaluation <input type="checkbox"/> L - ... laboratorium wytwarzające na swój użytek wyrób IVD / Laboratory produced in home IVD device
1.051 Numer referencyjny / Reference number	1.052 Kod kraju / Country code
1.053 Nazwa podmiotu, pełna / Name of the organization, in full	
1.054 Nazwa podmiotu, skrócona / Name of the organization, abbreviated	
1.055 Miasto / City	1.056 Kod pocztowy / Postal code
1.057 Ulica, nr / Street, no.	1.058 Skrytka pocztowa / PO Box
Osoba do kontaktu / Contact person	
1.059 Imię i nazwisko / Full name	1.060 Telefon / Phone
1.061 E-mail	1.062 Faks / Fax

G. Identyfikacja pełnomocnika działającego w imieniu podmiotu dokonującego zgłoszenia lub powiadomienia Identification of the person acting as proxy for the organization making this notification	
Wypełnia pełnomocnik ustanowiony na mocy art. 33 KPA To be filled in by person acting as proxy in accordance with art. 33 of the Polish Code of Administrative Procedure	
1.063 Imię i nazwisko / Full name	
1.064 Miasto / City	1.065 Kod pocztowy / Postal code
1.066 Ulica, nr / Street, no.	1.067 Skrytka pocztowa / PO Box
1.068 Telefon / Phone	1.069 Faks / Fax

H. Liczba wyrobów objętych tym zgłoszeniem lub powiadomieniem / Number of devices covered by this notification	
Proszę podać właściwe liczby lub zero, jeśli nie dołączono danego typu formularza Please provide proper numbers or zero if there are no attached forms of given type	
1.070 Liczba dołączonych Załączników nr 2 / Number of attached forms no. 2	0
1.071 Liczba dołączonych Załączników nr 3 / Number of attached forms no. 3	0
1.072 Liczba wyrobów wymienionych w dołączonych Załącznikach nr 4 / Number of devices listed in attached forms no. 4	8

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 Łódź

Data / Date 2019-06-06

Nazwisko / Name Janusz Kruk

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	

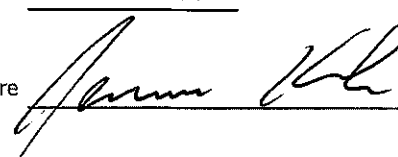
B. Wykaz wyrobów / List of devices	
4.003 Nr referencyjny / Ref. no	4.004 Nazwa handlowa wyrobu / Trade name of device 1), 2)
	Innoflex Ureterschiene e.o. 4,0/16 (13) ref. 132 753 040 160
	Innoflex Ureterschiene e.o. 4,0/18 (15) ref. 132 754 010 180
	Innoflex Ureterschiene e.o. 4,0/12 (9) ref. 132 751 040 120
	Innoflex Ureterschiene T. 4,0/16 (13) ref. 133 753 040 160
	Innoflex Ureterschiene T. 4,0/12 (9) ref. 133 751 040 120
	Innoflex Ureterschiene St.T. 8,0/28 (24) ref. 134 861 080 280
	Innoflex Ureterschiene St.e.o. 6,0/26 (22) ref. 135 860 060 260
	Innoflex Ureterschiene i.o. 6,0/26 (22) ref. 137 871 060 260

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 Łódź

Data / Date 2019-06-06

Nazwisko / Name Janusz Kruk

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.

Formularz dla podmiotów / Form for organizations

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

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

B. Identyfikacja zgłoszenia lub powiadomienia / Identification of notification	
1.008 Data wpływu / Date of notification	1.009 Numer referencyjny / Reference number
1.010 Rodzaj zgłoszenia lub powiadomienia / Notification type	
<input checked="" type="checkbox"/> 1. Pierwsze dla wyrobu / First for device <input type="checkbox"/> 2. Zmiana danych podmiotu / Change of entity details <input type="checkbox"/> 3. Zmiana danych wyrobu / Change of device details	
1.011 W przypadku zmiany dotyczącej podmiotu proszę wskazać dane ulegające zmianie In case of change of entity details please indicate the data being changed	
1.012 Status podmiotu dokonującego niniejszego zgłoszenia lub powiadomienia / Status of the organization making this notification	
<input type="checkbox"/> W - Wytwórca / Manufacturer <input type="checkbox"/> A - Autoryzowany przedstawiciel / Authorized representative <input type="checkbox"/> I - Importer / Importer <input checked="" type="checkbox"/> D - Dystrybutor / Distributor <input type="checkbox"/> Z - Podmiot zestawiający system lub zestaw zabiegowy / Organization assembling system or procedure pack <input type="checkbox"/> S - Podmiot sterylizujący wyrób medyczny, system lub zestaw zabiegowy / Organization sterilizing medical device, system or procedure pack <input type="checkbox"/> O - Świadczeniodawca wykonujący ocenę działania / Organization carrying out performance evaluation <input type="checkbox"/> L - Laboratorium wytwarzające na swój użytek wyrób IVD / Laboratory produced in home IVD device	

C. Identyfikacja wytwórcy / Identification of the manufacturer	
1.013 Numer referencyjny / Reference number	1.014 Kod kraju / Country code FR
1.015 Nazwa wytwórcy, pełna / Name of the manufacturer, in full BS MEDICAL TECH Industry (BS-MTI)	
1.016 Nazwa wytwórcy, skrócona / Name of the manufacturer, abbreviated BS MEDICAL	
1.017 Miasto / City Niederroedern	1.018 Kod pocztowy / Postal code 67470
1.019 Ulica, nr / Street, no. 2, rue de l'Avenir	1.020 Skrytka pocztowa / PO Box
Osoba do kontaktu / Contact person	
1.021 Imię i nazwisko / Full name Sonia Origas	1.022 Telefon / Phone 00 33 3 88 06 22 14
1.023 E-mail sonia.origas@bs-mti.com	1.024 Faks / Fax 00 33 3 90 55 66 14

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

E. Identyfikacja ... / Identification of the ...		<input type="checkbox"/> I - ... importera / ... importer
		<input checked="" type="checkbox"/> D - ... dystrybutora / ... distributor
1.038 Numer referencyjny / Reference number	1.039 Kod kraju / Country code PL	
1.040 Nazwa importera lub dystrybutora, pełna / Name of the importer or distributor, in full Skamex Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością sp.k.		
1.041 Nazwa importera lub dystrybutora, skrócona / Name of the importer or distributor, abbreviated Skamex		
1.042 Miasto / City Łódź	1.043 Kod pocztowy / Postal code 93-121	
1.044 Ulica, nr / Street, no. Częstochowska 38/52	1.045 Skrytka pocztowa / PO Box	
Osoba do kontaktu / Contact person		
1.046 Imię i nazwisko / Full name Katarzyna Kowalczyk	1.047 Telefon / Phone 42 6771411	
1.048 E-mail katarzyna.kowalczyk@skamex.com.pl	1.049 Faks / Fax 42 6724010	

F. Identyfikacja ... / Identification of the organization ...	
1.050	<input type="checkbox"/> Z - ... podmiotu zestawiającego system lub zestaw zabiegowy / ... assembling system or procedure pack <input type="checkbox"/> S - ... podmiotu sterylizującego wyrób medyczny, system lub zestaw zabiegowy / ... sterilizing medical device, system or procedure pack <input type="checkbox"/> O - ... Świadczeniodawcy wykonującego ocenę działania / ... carrying out performance evaluation <input type="checkbox"/> L - ... laboratorium wytwarzające na swój użytek wyrób IVD / Laboratory produced in home IVD device
	1.051 Numer referencyjny / Reference number
	1.052 Kod kraju / Country code
	1.053 Nazwa podmiotu, pełna / Name of the organization, in full
1.054 Nazwa podmiotu, skrócona / Name of the organization, abbreviated	
1.055 Miasto / City	1.056 Kod pocztowy / Postal code
1.057 Ulica, nr / Street, no.	1.058 Skrytka pocztowa / PO Box
Osoba do kontaktu / Contact person	
1.059 Imię i nazwisko / Full name	1.060 Telefon / Phone
1.061 E-mail	1.062 Faks / Fax

G. Identyfikacja pełnomocnika działającego w imieniu podmiotu dokonującego zgłoszenia lub powiadomienia	
Identification of the person acting as proxy for the organization making this notification	
Wypełnia pełnomocnik ustanowiony na mocy art. 33 KPA To be filled in by person acting as proxy in accordance with art. 33 of the Polish Code of Administrative Procedure	
1.063 Imię i nazwisko / Full name	
1.064 Miasto / City	1.065 Kod pocztowy / Postal code
1.066 Ulica, nr / Street, no.	1.067 Skrytka pocztowa / PO Box
1.068 Telefon / Phone	1.069 Faks / Fax

H. Liczba wyrobów objętych tym zgłoszeniem lub powiadomieniem / Number of devices covered by this notification	
Proszę podać właściwe liczby lub zero, jeśli nie dołączono danego typu formularza Please provide proper numbers or zero if there are no attached forms of given type	
1.070 Liczba dołączonych Załączników nr 2 / Number of attached forms no. 2	0
1.071 Liczba dołączonych Załączników nr 3 / Number of attached forms no. 3	0
1.072 Liczba wyrobów wymienionych w dołączonych Załącznikach nr 4 / Number of devices listed in attached forms no. 4	9

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 Łódź

Data / Date 2020-08-07

Nazwisko / Name Janusz Kruk

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 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px;">1</div> <small>Ordinal number of form no. 4 within this notification</small>	4.002 Numer referencyjny Załącznika nr 1 / Reference number of form no. 1
B. Wykaz wyrobów / List of devices	
4.003 Nr referencyjny / Ref. no	4.004 Nazwa handlowa wyrobu / Trade name of device 1), 2)
	Nephrostomie set - zestawy do nefrostomii
	Injektionskatheter - cewniki iniekcyjne
	Ureterzugangsschleuse - koszulki dostępu do URS
	Okklusionskatheter - cewniki okluzyjne
	Innoflex Ureterschiene - Innoflex zestawy do szynowania moczowodów
	Ballon Nephro. set - zestawy do nefrostomii, balonowe
	Innoflex Mono-J - Innoflex zestawy do szynowania moczowodów Mono-J
	Tumorstent - zestawy do szynowania moczowodów Tumorstent
	Punktions Nadel - igły punkcyjne

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 Łódź

Data / Date 2020-08-07

Nazwisko / Name Janusz Kruk

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.