

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 | |
| Fresenius Medical Care AG & Co. KGaA | |
| 1.016 Nazwa wytwórcy, skrócona / Name of the manufacturer, abbreviated | |
| FME AG & Co. KGaA | |
| 1.017 Miasto / City | 1.018 Kod pocztowy / Postal code |
| Bad Homburg | 61346 |
| 1.019 Ulica, nr / Street, no. | 1.020 Skrytka pocztowa / PO Box |
| Else Kroener-Strasse 1 | |
| Osoba do kontaktu / Contact person | |
| 1.021 Imię i nazwisko / Full name | 1.022 Telefon / Phone |
| Elena Wenzler | 49 162 150 9386 |
| 1.023 E-mail | 1.024 Faks / Fax |
| elena.wenzler@fmc-ag.com | 49 6172 609 2546 |

| | |
|---|----------------------------------|
| 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 | | | |
| Fresenius Medical Care Polska SA | | | |
| 1.041 Nazwa importera lub dystrybutora, skrócona / Name of the importer or distributor, abbreviated | | | |
| FME Polska SA | | | |
| 1.042 Miasto / City | 1.043 Kod pocztowy / Postal code | | |
| Poznań | 60-118 | | |
| 1.044 Ulica, nr / Street, no. | 1.045 Skrytka pocztowa / PO Box | | |
| Krzywa 13 | | | |
| Osoba do kontaktu / Contact person | | | |
| 1.046 Imię i nazwisko / Full name | 1.047 Telefon / Phone | | |
| Katarzyna Ucińska | 61 8392 619 | | |
| 1.048 E-mail | 1.049 Faks / Fax | | |
| katarzyna.ucinska@fmc-ag.com | | | |

F. Identyfikacja ... / Identification of the organization ...

- ☐ Z - ... podmiotu zestawiającego system lub zestaw zabiegowy / ... assembling system or procedure pack
- ☐ S - ... podmiotu sterylizującego wyrób medyczny, system lub zestaw zabiegowy / ... sterilizing medical device, system or procedure pack
- ☐ O - ... Świadczeniodawcy wykonującego ocenę działania / ... carrying out performance evaluation
- ☐ 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

Katarzyna Ucińska

1.064 Miasto / City

Poznań

1.065 Kod pocztowy / Postal code

60-118

1.066 Ulica, nr / Street, no.

Krzywa 13

1.067 Skrytka pocztowa / PO Box**1.068** Telefon / Phone

61 8392 619

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

6

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

Poznań

Data / Date

2019-12-04

Nazwisko / Name

Ucińska

Podpis / Signature

Katarzyna Ucińska

```

<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
<WM_F1>
  <F1_ID>5642 4023 3976</F1_ID>
  <rodzaj>1</rodzaj>
  <wnioskodawca>D</wnioskodawca>
  - <podmiot>
    <F1_ID>5642 4023 3976</F1_ID>
    <typPodmiotu>W</typPodmiotu>
    <kodKraju>DE</kodKraju>
    <pelnaNazwa>Fresenius Medical Care AG & Co. KGaA</pelnaNazwa>
    <skrotNazwy>FME AG & Co. KGaA</skrotNazwy>
    <podmMiasto>Bad Homburg</podmMiasto>
    <podmKodP>61346</podmKodP>
    <podmUlicaNr>Else Kroener-Strasse 1</podmUlicaNr>
    <kontNazwisko>Elena Wenzler</kontNazwisko>
    <kontTelefon>49 162 150 9386</kontTelefon>
    <kontEMail>elena.wenzler@fmc-ag.com</kontEMail>
    <kontFaks>49 6172 609 2546</kontFaks>
  </podmiot>
  - <podmiot>
    <F1_ID>5642 4023 3976</F1_ID>
    <typPodmiotu>D</typPodmiotu>
    <kodKraju>PL</kodKraju>
    <pelnaNazwa>Fresenius Medical Care Polska SA</pelnaNazwa>
    <skrotNazwy>FME Polska SA</skrotNazwy>
    <podmMiasto>Poznań</podmMiasto>
    <podmKodP>60-118</podmKodP>
    <podmUlicaNr>Krzywa 13</podmUlicaNr>
    <kontNazwisko>Katarzyna Ucińska</kontNazwisko>
    <kontTelefon>61 8392 619</kontTelefon>
    <kontEMail>katarzyna.ucinska@fmc-ag.com</kontEMail>
  </podmiot>
  - <pełnomocnik>
    <F1_ID>5642 4023 3976</F1_ID>
    <pełnNazwisko>Katarzyna Ucińska</pełnNazwisko>
    <pełnMiasto>Poznań</pełnMiasto>
    <pełnKodP>60-118</pełnKodP>
    <pełnUlicaNr>Krzywa 13</pełnUlicaNr>
    <pełnTelefon>61 8392 619</pełnTelefon>
  </pełnomocnik>
  <liczbaF2>0</liczbaF2>
  <liczbaF3>0</liczbaF3>
  <wyrobyNaF4>6</wyrobyNaF4>
  <deklMiasto>Poznań</deklMiasto>
  <deklData>2019-12-04</deklData>
  <deklNazwisko>Ucińska</deklNazwisko>
</WM_F1>

```


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> 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) |
| | multiFiltrate SecuKit Ci-Ca HD 1000 |
| | multiFiltrate SecuKit Ci-Ca HD EMiC2 |
| | multiFiltrate SecuKit Ci-Ca HDF 1000 |
| | multiFiltratePRO SecuKit Ci-Ca HD 1000 |
| | multiFiltratePRO SecuKit Ci-Ca HD EMiC2 |
| | multiFiltratePRO SecuKit Ci-Ca HDF 1000 |

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 Poznań Data / Date 2019-12-04

Nazwisko / Name Ucińska Podpis / Signature *Katarzyna Ucińska*

- 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.

```

<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
<WM_F4>
  <F4_ID>2921 8199 4435</F4_ID>
  <nrF4>1</nrF4>
  - <wyrob>
    <wiersz>1</wiersz>
    <F4_ID>2921 8199 4435</F4_ID>
    <nazwaPL>multiFiltrate SecuKit Ci-Ca HD 1000</nazwaPL>
  </wyrob>
  - <wyrob>
    <wiersz>2</wiersz>
    <F4_ID>2921 8199 4435</F4_ID>
    <nazwaPL>multiFiltrate SecuKit Ci-Ca HD EMiC2</nazwaPL>
  </wyrob>
  - <wyrob>
    <wiersz>3</wiersz>
    <F4_ID>2921 8199 4435</F4_ID>
    <nazwaPL>multiFiltrate SecuKit Ci-Ca HDF 1000</nazwaPL>
  </wyrob>
  - <wyrob>
    <wiersz>4</wiersz>
    <F4_ID>2921 8199 4435</F4_ID>
    <nazwaPL>multiFiltratePRO SecuKit Ci-Ca HD 1000</nazwaPL>
  </wyrob>
  - <wyrob>
    <wiersz>5</wiersz>
    <F4_ID>2921 8199 4435</F4_ID>
    <nazwaPL>multiFiltratePRO SecuKit Ci-Ca HD EMiC2</nazwaPL>
  </wyrob>
  - <wyrob>
    <wiersz>6</wiersz>
    <F4_ID>2921 8199 4435</F4_ID>
    <nazwaPL>multiFiltratePRO SecuKit Ci-Ca HDF 1000</nazwaPL>
  </wyrob>
  <deklMiasto>Poznań</deklMiasto>
  <deklData>2019-12-04</deklData>
  <deklNazwisko>Ucińska</deklNazwisko>
</WM_F4>

```