



NOWOCZESNA  
ORTOPEDIA

LIT Sp. z o. o  
ul. Jelenia 34  
70-791 Szczecin  
tel. 91 46 93 058  
fax 91 46 93 059  
lit@lit.net.pl

NIP: 779-23-17-146

NARODOWY INSTYTUT GERIATRII  
REUMATOLOGII I REHABILITACJI  
IM. PROF. DR HAB. MED. ELEONORY REICHER  
02-637 Warszawa ul. Spartańska 1

## OFERTA

Przetarg nieograniczony na:

**„Dostawa jednorazowych wyrobów medycznych w podziale na zadania”**

## Pakiet nr 11

Przetarg nieograniczony

Znak sprawy: 13/PN/2023/BK

**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO SWZ  
FORMULARZ OFERTOWY**

Szczecin, dnia 04.04.2023

**I. INFORMACJE O WYKONAWCY**

1. Niniejsza oferta zostaje złożona przez:

Lit sp. z o.o.

*nazwa Wykonawcy*

ul. Jelenia 34

70-791 Szczecin

*adres Wykonawcy (siedziba)*

NIP 7792317146 REGON 300621230

Nr Krajowego Rejestru Sądowego (jeżeli dotyczy) KRS 0000287425

tel. 914693058 e-mail lit@lit.net.pl

- II. Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu pn.: „**Dostawa jednorazowych wyrobów medycznych w podziale na zadania**” – **sprawa nr 13/PN/2023/BK**, wyrażam chęć uczestnictwa w postępowaniu o zamówienie publiczne, organizowanym przez Zamawiającego zgodnie z warunkami określonymi w SWZ.

1. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie objętym w Specyfikacji Warunków Zamówienia (SWZ) dla zadania:

**Zadanie nr 11**

za **cenę całkowitą brutto** 800,00PLN, zgodnie z załączonym Formularzem asortymentowo – cenowym stanowiącym **załącznik nr 2 do SWZ**, w tym podatek VAT w wysokości 8%.

2. Oświadczam, że udzielam/y **12 miesięczny** okres gwarancji na przedmiot zamówienia,  
3. Oświadczam(y), że Wykonawca, którego reprezentuję (reprezentujemy), jest związany ofertą przez czas wskazany w Specyfikacji Warunków Zamówienia.  
4. Oświadczamy, że<sup>1</sup>:

**X- nie będzie prowadził** u Zamawiającego do powstania obowiązku podatkowego

☐ - ~~będzie prowadził u Zamawiającego do powstania obowiązku podatkowego.~~  
W związku z czym poniżej wskazujemy:

a. .... \*\*

(należy wskazać nazwę (rodzaj) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będą prowadziły do powstania obowiązku podatkowego)

b. .... \*\*

<sup>1</sup> Stwierdzenie nieprawdziwe skreślić

(należy wskazać wartości towaru lub usługi objętego obowiązkiem podatkowym zamawiającego, bez kwoty podatku)

c. .... \*\*

(należy wskazać stawkę podatku od towarów i usług, która zgodnie z wiedzą wykonawcy, będzie miała zastosowanie)

5. Ponadto oświadczamy, że jesteśmy<sup>2</sup>:

☒ mikro przedsiębiorcą, tj. zatrudniamy <10 osób, a roczny obrót lub roczna suma bilansowa wynosi < 2 mln euro,

☐ małym przedsiębiorcą, tj. zatrudniamy <50 osób, a roczny obrót lub roczna suma bilansowa wynosi < 10 mln euro,

☐ średnim przedsiębiorcą, tj. zatrudniamy <250 osób, a roczny obrót wynosi < 50 mln euro lub roczna suma bilansowa wynosi < 43 mln euro.

☐ jednoosobową działalnością gospodarczą,

☐ osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej,

☐ innym rodzajem

6. Cena oferty zawiera wszystkie koszty niezbędne do wykonania zamówienia określone zapisami SWZ.

7. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Specyfikacją Warunków Zamówienia (wraz z załącznikami stanowiącymi jej integralną część) oraz wyjaśnieniami i zmianami SWZ

8. Oświadczam, że zawarte w SWZ istotne postanowienia umowy zostały przez mnie zaakceptowane i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na podanych warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego.

9. Oświadczam(y), że uzyskałem/uzyskałam (uzyskaliśmy) wszelkie informacje niezbędne do prawidłowego przygotowania i złożenia niniejszej oferty.

10. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO (Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

11. Wykonawca jest świadom zakresu wykorzystywania i przetwarzania danych osobowych przez Zamawiającego w zakresie niezbędnym do wykonywania czynności zgodnie z ustawą Pzp i ustawą o dostępie do informacji publicznej (w szczególności: udostępnianie dokumentacji postępowania (w tym ofert), kontaktowania się z Wykonawcą korzystając z otrzymanych od Wykonawcy danych kontaktowych).

12. Osoby uprawnione do kontaktowania się w sprawach wykonania przedmiotu umowy ze strony Wykonawcy: p. Małgorzata Kucewicz, tel. 914693058, e-mail lit@lit.net.pl

13. W przypadku wyboru naszej oferty osobą upoważnioną do podpisania umowy z naszej strony będzie Lubomir Synak-Prezes

14. Deklarujemy 60 dniowy termin płatności od daty otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT.

15. ZAMÓWIENIE ZREALIZUJEMY (odpowiednie zaznaczyć)

☒ - sami

☐ - przy udziale podwykonawców

---

<sup>2</sup> Stwierdzenia nieprawdziwe skreślić

16. Oświadczamy, że powierzymy podwykonawcom część zamówienia:

| Część zamówienia | Nazwa (firma) podwykonawcy |
|------------------|----------------------------|
|                  |                            |

17. Oświadczamy, że na podstawie art. 18 ust. 3 uPzp<sup>3</sup>:

- 1) żadne z informacji zawartych w ofercie oraz załączonych do niej dokumentach, nie stanowią tajemnicy przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji,
- 2) ~~wskazane poniżej informacje zawarte w ofercie oraz załączonych do niej dokumentach, stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i w związku z niniejszym nie mogą być one udostępniane, w szczególności innym uczestnikom postępowania~~

| Lp. | Oznaczenie rodzaju (nazwy) informacji | Nazwy plików / folderów stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa. |  |
|-----|---------------------------------------|--|--|
|     |                                       |  |  |
|     |                                       |  |  |

Uwaga! W przypadku braku wykazania (złożenia właściwego uzasadnienia w terminie składania ofert), iż zastrzeżone dane stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa, Zamawiający uzna, iż nie została spełniona przesłanka podjęcia niezbędnych działań w celu zachowania ich poufności i dane te staną się jawne od momentu otwarcia ofert.

18. INFORMUJEMY, że oświadczenia/dokumenty wskazane poniżej:

- .....
- .....

Zamawiający może uzyskać w formie elektronicznej z ogólnodostępnych baz danych pod adresem internetowym .....

19. Świadom odpowiedzialności karnej oświadczam, że załączone do oferty dokumenty opisują stan prawny i faktyczny aktualny na dzień złożenia oferty (art. 297kk).

#### Informacja dla Wykonawcy:

Dokument musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania wykonawcy, kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym (e-dowód).

<sup>3</sup> Niepotrzebne skreślić

## FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

## Zadanie Nr 11

| Lp.   | Opis przedmiotu zamówienia  | Jednostka miary | Ilość | Cena netto | Wartość netto | VAT % | Cena brutto | Wartość brutto | Nazwa handlowa/Producent               | Nr katalogowy | Ilość sztuk w opakowaniu zbiorczym |
|-------|---|-----------------|-------|------------|---------------|-------|-------------|----------------|--|---------------|------------------------------------|
| 1     | Wchłaniany sterylny hemostatyczny opatrunek chirurgiczny (gąbka), ulegający całkowitemu rozkładowi w organizmie, zbudowany z kolagenu. Posiadający właściwości hemostatyczne i uszczelniające w szeroko pojętych procedurach chirurgicznych. Rozmiar 3cm +/-0,5 cm x2,5 cm +/-0,5 cm <b>Zgodnie z pozytywną odpowiedzią z dn. 03.04.2023: hemostatyczny, resorbowalny kompres kolagenowy z niezdenaturowanego, liofilizowanego kolagenu typu I pochodzenia bydłęcego. Jest szybko działającym miejscowym środkiem tamującym krwawienie. Zatrzymuje przepływ krwi w ciągu 2 do 6 minut, w zależności od intensywności krwawienia. Rozmiar 2.5x3.5x0.6cm</b>  | szt.            | 13    | 22,00 zł   | 286,00 zł     | 8%    | 23,76 zł    | 308,88 zł      | Nazwa: Hemotese<br>Producent: Symatase | HEM25x35      | 1szt.                              |
| 2     | Wchłaniany sterylny hemostatyczny opatrunek chirurgiczny (gąbka), ulegający całkowitemu rozkładowi w organizmie, zbudowany z kolagenu. Posiadający właściwości hemostatyczne i uszczelniające w szeroko pojętych procedurach chirurgicznych. Rozmiar 4,8 cm +/-0,5 cm x 4,8 cm +/- 0,5 cm <b>Zgodnie z pozytywną odpowiedzią z dn. 03.04.2023: hemostatyczny, resorbowalny kompres kolagenowy z niezdenaturowanego, liofilizowanego kolagenu typu I pochodzenia bydłęcego. Jest szybko działającym miejscowym środkiem tamującym krwawienie. Zatrzymuje przepływ krwi w ciągu 2 do 6 minut, w zależności od intensywności krwawienia. Rozmiar 7x5x0.6cm</b> | szt.            | 13    | 35,00 zł   | 455,00 zł     | 8%    | 37,80 zł    | 491,40 zł      | Nazwa: Hemotese<br>Producent: Symatase | HEM7x5        | 1szt.                              |
| Razem |   |                 |       |            | 741,00 zł     |       |             | 800,28 zł      |  |               |                                    |

# HEMOTESE®

---

**SZYBKO DZIAŁAJĄCY  
MIEJSCOWY ŚRODEK  
HEMOSTATYCZNY**

**ŁATWY I SZYKI W UŻYCIU**

---



**HEMOTESE® to wyjątkowy kompres hemostatyczny oparty na Platformie Technologicznej Kolagenu sYMATESE, składający się z bydlęcego włókna kolagenowego typu I. Rezultatem jest porowata trójwymiarowa struktura**

#### FORM & COMPOSITION

- ▶ HEMOTESE® składa się wyłącznie z liofilizowanego, niedenaturowanego kolagenu bydlęcego typu I.
- ▶ Kolagen jest ekstrahowany ze skór cielęcych zgodnie z procedurą obejmującą etapy, które są uznawane za inaktywujące wirusy i przenośne gąbczaste czynniki encefalopatii (BSE).
- ▶ The whole manufacturing process is fully integrated into the manufacturing plant in France (Lyon).

#### Mechaniczna specyfikacja

HEMOTESE® nie rozpada się po zamoczeniu

HEMOTESE® nie rozpada się na kawałki, które są nakładane za pomocą elips chirurgicznych

HEMOTESE® nie rozpada się na kawałki po złożeniu.

HEMOTESE® można ciąć nożyczkami.

#### WSKAZANIA

Kompresy HEMOTESE® są wskazane do miejscowej hemostazy podczas operacji chirurgicznych, gdy kontrola krwawienia przez podwiązanie lub inne konwencjonalne środki jest nieskuteczna lub niepraktyczna.

Mogą być stosowane do zatrzymywania krwotoków włóknistych, żylnych i tętniczych.

#### PRZECIWWSKAZANIA

Ponieważ kolagen zmniejsza przyczepność cementu z polimetakrylanu metylu, HEMOTESE® jest przeciwwskazany do hemostazy powierzchni kości, na których mają być zamocowane protezy przy użyciu tego cementu. Nie wykonywać śródoperacyjnej autotransfuzji krwi, która miała kontakt z HEMOTESE® ze względu na potencjalne ryzyko powstania mikrozakrzepów w głównym krwiobiegu

Nie stosować HEMOTESE® u pacjentów z predyspozycjami alergicznymi lub znaną alergią na kolagen wołowy.

Pełna lista zaleceń dotyczących stosowania i sposobu podawania znajduje się w Instrukcji użycia produktu dołączonej do opakowania.



Scanning Electron Microscopy picture of the HEMOTESE® porous structure (scale: 1cm : 200μm)

## HEMOTESE® - LATWA OBSŁUGA



### PRZEWAGI HEMOTESE®

Platforma technologiczna SYMATESE zapewnia HEMOTESE® unikalną specyfikację:

- Cały proces jest zintegrowany, aby zagwarantować **BEZPIECZEŃSTWO, JAKOŚĆ I NIEZAWODNOŚĆ**.
- Umożliwia zachowanie natywnej struktury kolagenu. W tej formie Kolagen wpływa na fizjologiczną hemostazę, przyspieszając agregację płytek krwi i tworzenie się czopa płytkowego.
- Proces ekstrakcji i oczyszczania sprawia, że HEMOTESE® jest doskonale biokompatybilny i pozwala na zachowanie biochemicznych i biologicznych właściwości kolagenów.

### WŁASCIWOSCI HEMOTESE

- Szybko działający miejscowy środek hemostatyczny.
- HEMOTESE®, nałożony na krwawiące miejsce, zatrzymuje krwawienie w ciągu 2 do 6 minut, w zależności od stopnia krwawienia.
- Bioresorbowalny: HEMOTESE® ma naturalną bioresorpcję w ciągu 8 tygodni. Kompres można pozostawić na miejscu po ustaniu krwawienia
- Dobrze przylega do miejsca krwawienia, pozostając nienaruszony
- Niski obrzęk, który zmniejsza ryzyko zamknięcia chirurgicznego miejsca.
- HEMOTESE® nakłada się na sucho bezpośrednio na obrabianą powierzchnię, ponieważ porowata struktura umożliwia szybkie wchłanianie krwi i dużą interakcję powierzchniową z płytkami krwi



## PERFORMANCES & SAFETY

**CLINICAL EXPERIENCE:** For the past 11 years, more than 100,000 patients have been treated successfully with HEMOTESE® without any complication.

SYMATESE has been manufacturing Collagen Medical Devices for more than 30 years. SYMATESE fulfills all the Quality System standards as ISO 13485: 2012. The Collagen used for HEMOTESE® is a bovine Type I.

Studies were conducted to evaluate the haemostatic properties of the HEMOTESE® compress compared to a reference product made of oxidized regenerated cellulose.

### IN VITRO TESTS

#### Mean clotting time:

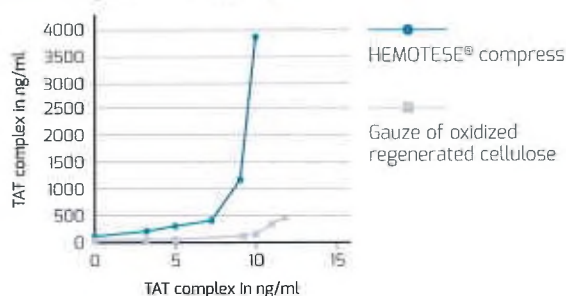
Clotting is faster with the HEMOTESE® compress than with the gauze of oxidized regenerated cellulose.

| Product                                 | Clotting time |
|---|---------------|
| HEMOTESE®                               | 11,3 min      |
| Gauze of oxidized regenerated cellulose | 14 min        |

#### Time required to release 500 ng/ml of TAT complex:

In the three donors, 500 ng/ml of TAT complex was obtained between 7 and 10 min for HEMOTESE® and in over 11 min for the gauze of oxidized regenerated cellulose.

#### TAT complex release kinetics



Haemostasis is activated more rapidly for the HEMOTESE® compress than for the gauze of oxidized regenerated cellulose.

The TAT complex levels reached with the HEMOTESE® compress are considerably higher than the levels obtained with the gauze of oxidized regenerated cellulose.

### IN VIVO TESTS

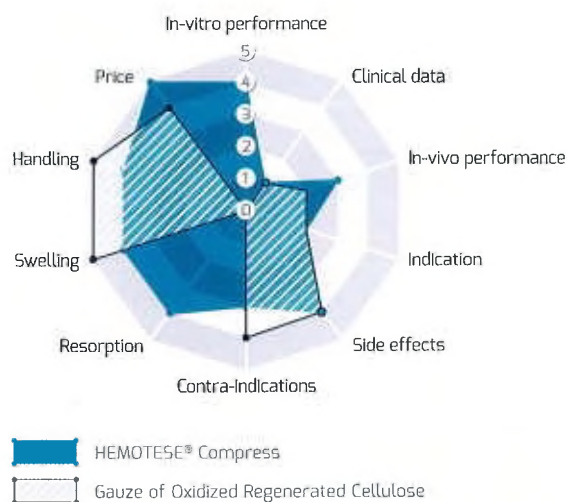
The HEMOTESE® compress was tested on pigs on a spleen and liver lesion model.

#### Haemostasis time:

Haemostasis is more rapid with the HEMOTESE® compress than with the gauze of oxidized regenerated cellulose.

| Site   | Hemotese® | Gauze of oxidized regenerated cellulose |
|--------|-----------|---|
| Spleen | 5.7 min   | 6.9 min                                 |
| Liver  | 2.2 min   | 4.0 min                                 |

### EVALUATION MODEL\*



\*Data extracted from S. Tolic et al. PHFlin 2014 : 49 (4) : 262-276

| SYMBOL NR REF | ROZMIAR            |                      |
|---------------|--------------------|----------------------|
| HEM25X35      | 2.5 x 3.5 x 0.6 cm | 1 szt. w opakowaniu  |
| HEM7X5        | 7 x 5 x 0.6 cm     | 1 szt. w opakowaniu  |
| HEM10X7       | 10 x 7 x 0.4 cm    | 1 szt. w opakowaniu  |
| HEM127X9      | 12.7 x 9 x 0.6 cm  | 10 szt. w opakowaniu |



**HEMOTESE® jest sterylizowany promieniami beta i pakowany w podwójne torby, a następnie pakowany w pudełko.**

Distributor

**Lit sp. z o.o.**  
ul. Jelenia 34  
70-791 Szczecin

HEMOTESE® is CE marked by the notified body LNE / G-MED n°0459 and is a Class III Medical Device made by SYMATESE - Chaponost - FRANCE

**For more information or to place an order, please contact: SYMATESE**

Z.I Les Troques - 69630 CHAPONOST - FRANCE

Phone: +33 (0)4 78 56 72 80 / Fax: +33 (0)4 78 56 00 48

contact@symatase.com / www.symatase.com

**Wykonawca:**

Lit sp. z o.o.

Ul. Jelenia 34

70-791 Szczecin

NIP7792317146

KRS0000287425

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności

od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:

Lubomir Synak- Prezes

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do

reprezentacji)

**Oświadczenie wykonawcy / wykonawcy wspólnie ubiegającego się o udzielenie zamówienia**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako u.p.z.p.).**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na „Dostawę jednorazowych wyrobów medycznych w podziale na zadania” – sprawa nr 13/PN/2023/BK, oświadczam(y), co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam(y), że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy u.p.z.p.
2. ~~Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. .... ustawy Pzp (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1, 2 i 5 lub art. 109 ust. 1 pkt 2-5 i 7-10 ustawy Pzp). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze i zapobiegawcze:~~  
.....  
.....  
.....
3. Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835)  
(Zgodnie z treścią art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego, zwanej dalej „ustawą”, z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursu prowadzonego na podstawie ustawy Pzp wyklucza się:
  - 1) wykonawcę oraz uczestnika konkursu wymienionego w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisanego na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;
  - 2) wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego beneficjentem rzeczywistym w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2022 r. poz. 593 i 655) jest osoba wymieniona w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo

wpisana na listę lub będąca takim beneficjentem rzeczywistym od dnia 24 lutego 2022 r., o ile została wpisana na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;

- 3) wykonawcę oraz uczestnika konkursu, którego jednostką dominującą w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217, 2105 i 2106), jest podmiot wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisany na listę lub będący taką jednostką dominującą od dnia 24 lutego 2022 r., o ile został wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy).

*Uwaga: W przypadku gdy nie zachodzą w stosunku do Wykonawcy okoliczności o których mowa w oświadczeniach należy wykreślić treść oświadczenia. Zamawiający równoznacznie ze skreśleniem oświadczenia będzie rozumiał nie uzupełnienie jego treści*

#### **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

## ATTESTATION CE / EC CERTIFICATE

Approbation du Système Complet d'assurance Qualité/ Approval of full Quality Assurance System

**ANNEXE II excluant le point 4 Directive 93/42/CEE relative aux dispositifs médicaux**

*ANNEX II excluding section 4 Directive 93/42/EEC concerning medical devices*

**Pour les dispositifs de classe III, un certificat CE de conception est requis**

*For class III devices, a EC design certificate is required*

**Fabricant / Manufacturer**

**SYMATESE**

**ZI les Troques**

**69630 CHAPONOST FRANCE**

**Catégorie du(des) dispositif(s) / Device(s) category**

**Compressees hémostatiques**

*Haemostatic sponges*

Voir document complémentaire GMED / See GMED additional document

**n° 37179**

**GMED atteste qu'à l'examen des résultats figurant dans le rapport référencé P177282-1 / P600783, le système d'assurance qualité - pour la conception, la production et le contrôle final - des dispositifs médicaux énumérés ci-dessus est conforme aux exigences de l'annexe II excluant le point 4 de la Directive 93/42/CEE.**

*GMED certifies that, on the basis of the results contained in the file referenced P177282-1 / P600783, the quality system - for design, manufacturing, and final inspection - of medical devices listed here above complies with the requirements of the Directive 93/42/EEC, annex II excluding section 4.*

La validité du présent certificat est soumise à une vérification périodique ou imprévue

The validity of the certificate is subject to periodic or unexpected verification

**Début de validité / Effective date : October 19th, 2020 (included)**

**Valable jusqu'au / Expiry date : May 26th, 2024 (included)**



DocuSigned by:

*Béatrice Lys*

EF33BDA9BAA04A3...

**On behalf of the President**

**Béatrice LYS**

**Technical Director**

Ce document complémentaire GMED n° 37179 rev. 1 atteste de la validité du certificat CE n° 9504 rev. 11 au regard des informations listées ci-dessous.

*This GMED additional document N° 37179 rev. 1 attests to the validity of CE certificate n° 9504 rev. 11 with regard to the information listed below.*

Fabricant / Manufacturer:

**SYMATESE**  
**ZI les Troques**  
**69630 CHAPONOST**  
**France**

### Identification des dispositifs / Identification of devices

| Désignation des dispositifs<br><i>Devices designation</i>                                    | Références commerciales des dispositifs<br><i>Devices commercial references</i> | Classe du DM<br><i>MD class</i> |
|--|---|---------------------------------|
| Compresses hémostatiques<br><b>HEMOTSE®</b><br><i>Haemostatic sponges</i><br><b>HEMOTSE®</b> | HEM25X35  | III                             |
|  | HEM7X5  |                                 |
|  | HEM10X7   |                                 |
|  | HEM127X9  |                                 |

**Ce certificat couvre les activités et sites suivants**

*This certificate covers the following activities and sites*

- **SYMATESE – ZI Les Troques 69630 CHAPONOST FRANCE**  
**Siège social – Activités de conception, de fabrication et de contrôle final / Headquarter – Design, manufacturing and final inspection activities**
- **SYMATESE – 12 rue Jules Verne 69630 CHAPONOST FRANCE**  
**Activité de conception / Design activity**

**GMED 0459**

GMED - 37179 rev. 1



DocuSigned by:

*Béatrice Lys*

EF33BDA9BAA04A3...

**On behalf of the President**  
**Béatrice LYS**  
**Technical Director**



## **CERTYFIKAT WE**

**Zatwierdzenie Pełnego Systemu Zapewnienia Jakości/  
zgodnie z ZAŁĄCZNIKIEM II (wyłączając punkt 4) Dyrektywy 93/42/EWG  
dotyczącej urządzeń medycznych, klasy III niniejszy, dla których niniejszy  
certyfikat jest pożądanym.**

**Producent :**

**SYMATESE  
ZI les Troques  
69630 CHAPONOST FRANCE**

**Kategoria urządzenia**

**Gąbki hemostatyczne**

( zobaczyć załącznik)  
**GMED dodatkowy dokument nr 37179**

**G-MED zaświadcza, że po zbadaniu wyników przedstawionych w raporcie oznaczonym numerem P128880, system zapewnienia jakości, pod względem projektu, produkcji o końcowej kontroli, dla wyżej wymienionych urządzeń medycznych zgodny jest z wymogami załącznika II punkt (wyłączając punkt 4) Dyrektywy 93/42/EWG.**

**Certyfikat ważny od dnia: 19 października 2020 r. (włącznie)**

**Certyfikat ważny do dnia: 26 Maj 2024 r. (włącznie)**

**/podpis nieczytelny/**

**/pieczęć/**

**Z up. Dyrektora Generalnego**

**Beatrice LYS**

**Kierownik Działu Certyfikacji**

LNE – 9503 zmiana nr 9

Dokument dodatkowy GMED N° 37179 zm. 1 potwierdza ważność certyfikatu CE  
n ° 9504 zm. 11 w odniesieniu do poniższych informacji.

**Identyfikacja wyrobów**

| Oznaczenie wyrobu                           | Nr referencyjny lub kod produktu | Klasa Wyr. Med. |
|---|----------------------------------|-----------------|
| <b>Gąbki hemostatyczne</b><br><br>HEMOTESE® | HEM25x35                         | <b>III</b>      |
|   | HEM7x5                           |                 |
|   | HEM10x7                          |                 |
|   | HEM127x9                         |                 |

**Oznaczenie miejsca działalności**

**SYMATESE - ZI les Troques, 69630 CHAPONOST FRANCE**

**Projektowanie, produkcja oraz kontrola ostateczne**

**/podpis nieczytelny/**

|                  |           |             |
|------------------|-----------|-------------|
| <b>LNE/G-MED</b> | <b>CE</b> | <b>0459</b> |
|------------------|-----------|-------------|

**Z up. Dyrektora Generalnego**  
**Thierry THOMAS**  
**Kierownik Działu Certyfikacji**

**DECLARATION CE DE CONFORMITE**
**EC DECLARATION OF CONFORMITY**

Nous

We

SYMATESE  
ZI les Troques  
69630 CHAPONOST - FRANCE

SYMATESE  
ZI les Troques  
69630 CHAPONOST - FRANCE

Déclarons sous notre entière responsabilité que les dispositifs médicaux suivants :

Declare under our sole responsibility that the following medical devices:

HEMOTESE®  
Comresse hémostatique

HEMOTESE®  
Haemostatic compress

Cf. addendum ci-joint

Cf. encl. addendum

Sont en conformité avec les exigences essentielles figurant à l'annexe I de la Directive 93/42/CEE (M5) du Conseil du 14 juin 1993 relative aux dispositifs médicaux qui leur sont applicables,

Meet the provisions of the Council Directive 93/42/EEC (M5) of June 14, 1993 concerning medical devices which apply to them,

Satisfont aux dispositions de la partie V livre II titre 1<sup>er</sup> du Code de la Santé publique qui leur sont applicables et,

Comply the regulatory requirements of the French Public Health Code which apply to them and,

Sont en conformité avec les exigences du Règlement Européen N° 722/2012 de la commission du 8 août 2012 relatif aux prescriptions particulières en ce qui concerne les exigences prévues aux directives 90/385/CEE et 93/42/CEE (M5) du Conseil pour les dispositifs médicaux implantables actifs et les dispositifs médicaux fabriqués à partir de tissus d'origine animale.

Comply with the requirements of the European Commission Regulation (EU) No 722/2012 of 8 August 2012 concerning particular requirements as regards the requirements laid down in Council Directives 90/385/EEC and 93/42/EEC (M5) with respect to active implantable medical devices and medical devices manufactured utilizing tissues of animal origin.

La conformité de ces produits de classe III (selon les règles de classification de l'Annexe IX et l'usage prévu par le fabricant : règles 8 et 17) a été établie conformément à l'Annexe II de la directive 93/42/CEE (M5) sur la base de la documentation technique présentée et a reçu un certificat d'examen CE de la Conception de l'organisme LNE G-MED (enregistré comme organisme notifié sous le numéro 0459).

The conformity of these class III products (classification rules of Annex IX of above directive: rules 8 and 17) has been assessed according to Annex II of above directive 93/42/EEC (M5) on the basis of the technical documentation examined and received an EC Design-examination certificate from LNE/G-MED (registered as « Notified Body » under number 0459).

Annexe II.4 : Attestation CE n°25879 révision 5

Annex II.4: EC certificate n°25879 revision 5

Annexe II.3 : Attestation CE n°9504 révision 12

Annex II.3: EC certificate n°9504 revision 12

Date de validité: 06 Mai 2021

Effective date: May 06<sup>th</sup>, 2021

Le représentant de l'entreprise:

Representative from the company:

Sabina AHADDAD  
*Responsable Affaires Réglementaires*

Sabina AHADDAD  
*Regulatory Affairs Manager*

SYMATESE  
ZI les Troques  
69630 CHAPONOST – FRANCE

SYMATESE  
ZI les Troques  
69630 CHAPONOST - FRANCE

**COMPRESSE HEMOSTATIQUE / HAEMOSTATIC COMPRESS**

**HEMOTESE®**

| REFERENCES | DESIGNATION                  |
|------------|------------------------------|
| HEM25X35   | HEMOTESE® 2.5 x 3.5 x 0.6 cm |
| HEM7X5     | HEMOTESE® 7 x 5 x 0.6 cm     |
| HEM10X7    | HEMOTESE® 10 x 7 x 0.4 cm    |
| HEM127X9   | HEMOTESE® 12.7 x 9 x 0.6 cm  |



## DEKLARACJA ZGODNOŚCI

My

**SYMATESE**  
**Z1 les Troques**  
**69630 CHAPONOST- FRANCE**

Oświadczamy z pełną odpowiedzialnością że następujące materiały medyczne

**HEMOTESE**

Kompresy hemostatyczne

Uwzględniając załącznik

Zgodnie z przepisami Komisji Ustawy 93/42/CEE z 14 czerwca 1993 r. bazując na produktach medycznych do których się odwołujemy są zgodne z wymaganymi przepisami Francuskiego Ogólnodostępnego Kodeksu Zdrowia do których się odwołujemy oraz

spełniają wymagania Rozporządzenia Europejskiej Komisji (EU) Nr 722/2012 z dnia 8 sierpnia 2012 dotyczące poszczególnych wymogów i złożonych odniesień do wymogów Dyrektywy Rady 90/385/EEC oraz 93/42EEC z poszanowaniem aktywnych wyrobów medycznych do implantacji oraz wyrobów medycznych produkowanych do zastępowania tkanek pochodzenia zwierzęcego.

Potwierdzenie klasy III produktów (reguły klasyfikacji Aneksu IX powyższej dyrektywy ) zostało oszacowane zgodnie z Aneksem II powyższej dyrektywy bazując na dokumentacji technicznej sprawdzonej i uzyskanej jako certyfikat EC Projekt-ocena od LNE/G-MED. (zarejestrowana jako Jednostka Notyfikowana pod numerem 0459).

Aneks II.4:EC certyfikat nr 25879 zmiana 5  
Aneks II.4:EC certyfikat nr 9504 zmiana 12  
Data ukazania : 06 Maja, 2021

Uprawniony producent : (podpis nieczytelny)  
Sabina AHADDAD  
Dyrektor Zarządzania Jakością

Sabina AHADDAD  
Regulatory Affairs Manager

**SYMATESE**  
**Z1 les Troques**  
**69630 CHAPONOST - FRANCE**





SYMATESE  
Z1 les Troques  
69630 CHAPONOST- FRANCE

**Kompres hemostatyczny HEMOTESE<sup>R</sup>**

| SYMBOL   | OZNACZENIE                  |
|----------|-----------------------------|
| HEM25x35 | HEMOTESE 2.5 X 3.5 X 0,6 cm |
| HEM7x5   | HEMOTESE 7 X 5 X 0,6 cm     |
| HEM10x7  | HEMOTESE 10 X 7 X 0,4 cm    |
| HEM127x9 | HEMOTESE 12.7 X 9 X 0,6 cm  |

## 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   | 1.005 Kod pocztowy i miasto / Postal code and city |
| PL   |  |
| 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<br><input type="checkbox"/> 2. Zmiana danych podmiotu / Change of entity details<br><input type="checkbox"/> 3. Zmiana danych wyrobu / Change of device details |   |
| 1.011 W przypadku zmiany dotyczącej podmiotu proszę wskazać dane ulegające zmianie<br>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

- ☐ W - Wytwórca / Manufacturer  
☐ A - Autoryzowany przedstawiciel / Authorized representative  
☐ I - Importer / Importer  
☒ D - Dystrybutor / Distributor  
☐ Z - Podmiot montujący system lub zestaw zabiegowy / Organization assembling system or procedure pack  
☐ S - Podmiot sterylizujący wyroby medyczne, system lub zestaw zabiegowy / Organization sterilizing medical devices, system or procedure pack  
☐ CE - Spółdzielnia wykonująca ocenę działania / Organization carrying out performance evaluation  
☐ L - Laboratorium wytwarzające na swój użytek wyroby IVD / Laboratory produced in home IVD device

|   |   |
|---|---|
| Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych,<br>Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych<br>Kancelaria Główna |   |
| 2020 -09- 15  |   |
| Nr procedury pack   |   |
| Ilość załączników   | 4 |
| Podpis przyjmującego  |   |

|  |  |
|--|--|
| C. Identyfikacja wytwórcy / Identification of the manufacturer                                       |  |
| 1.013 Numer referencyjny / Reference number  | 1.014 Kod kraju / Country code<br><b>FR</b>      |
| 1.015 Nazwa wytwórcy, pełna / Name of the manufacturer, in full<br><b>SYMATESE AESTHETICS</b>        |  |
| 1.016 Nazwa wytwórcy, skrócona / Name of the manufacturer, abbreviated<br><b>SYMATESE AESTHETICS</b> |  |
| 1.017 Miasto / City<br><b>Bornel</b>   | 1.018 Kod pocztowy / Postal code<br><b>60540</b> |
| 1.019 Ulica, nr / Street, no.<br><b>8 Rue Emile Louyot</b>   | 1.020 Skrytka pocztowa / PO-Box                  |
| Osoba do kontaktu / Contact person   |  |
| 1.021 Imię i nazwisko / Full name<br><b>Corinne DUBREUIL</b>   | 1.022 Telefon / Phone<br><b>+33 344898586</b>    |
| 1.023 E-mail<br><b>clientsa@symatесе.com</b>   | 1.024 Faks / Fax<br><b>+33 344028959</b>         |

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<br><input checked="" type="checkbox"/> D - ... dystrybutora / ... distributor |
| 1.038 Numer referencyjny / Reference number  | 1.039 Kod kraju / Country code<br><b>PL</b>   |
| 1.040 Nazwa importera lub dystrybutora, pełna / Name of the importer or distributor, in full<br><b>Lit sp. z o.o.</b>        |   |
| 1.041 Nazwa importera lub dystrybutora, skrócona / Name of the importer or distributor, abbreviated<br><b>Lit sp. z o.o.</b> |   |
| 1.042 Miasto / City<br><b>Szczecin</b>   | 1.043 Kod pocztowy / Postal code<br><b>70-791</b>   |
| 1.044 Ulica, nr / Street, no.<br><b>ul. Jelenia 34</b>   | 1.045 Skrytka pocztowa / PO Box   |
| Osoba do kontaktu / Contact person   |   |
| 1.046 Imię i nazwisko / Full name<br><b>Lubomir Synak</b>  | 1.047 Telefon / Phone<br><b>0914693058</b>  |
| 1.048 E-mail<br><b>lit@lit.net.pl</b>  | 1.049 Faks / Fax<br><b>0914693059</b>   |



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

- 1.050
- ☐ 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

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

1

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

Szczecin

Data / Date

2020-09-14

Nazwisko / Name

Lubomir Synak

Podpis / Signature

PREZES  
Lubomir Synak

LIT Sp. z o.o.

ul. Jelenia 34, 70-791 Szczecin  
IP 779-23-17-146, Regon 300621230  
KRS 0000287425

Strona - Page 3 / 3

WM1\_F1 1.4

# 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<br>1 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)                 |
|   | HEMOTESE Haemostatic sponges  |

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.

Miejsce / City Szczecin

Data / Date 2020-09-14

Nazwisko / Name Lubomir Synak

Podpis / Signature

**PREZES**  
*Lubomir Synak*  
**UITepaco**

- 1) Wyrobem różni się nazwa handlowa, typem, modelem, wersją wykonania, wersją oprogramowania, rozmiarem, kształtem lub wymiarami można uznać za jeden wyrob
- 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 wyrob zgodnie z pkt 1.

ul. Jelenia 34, 70-791 Szczecin  
NIP 779-23-17-146, Regon 300621280  
KRS 0000287425

|   |       |
|---|-------|
| Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych,<br>Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych<br>Kancelaria Główna |       |
| 2020 -09- 15  |       |
| Nr _____  | _____ |
| Ilość załączników _____   | _____ |
| Podpis przyjmującego _____  | _____ |



Wydruk informacji pobranej w trybie art. 4 ust. 4aa ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym, posiada moc dokumentu wydawanego przez Centralną Informację, nie wymaga podpisu i pieczęci.

## CENTRALNA INFORMACJA KRAJOWEGO REJESTRU SĄDOWEGO

**KRAJOWY REJESTR SĄDOWY**

Stan na dzień 12.01.2023 godz. 09:06:08

**Numer KRS: 0000287425**

**Informacja odpowiadająca odpisowi aktualnemu  
Z REJESTRU PRZEDSIĘBIORCÓW**

|   |                 |                   |                      |            |
|---|-----------------|-------------------|----------------------|------------|
| Data rejestracji w Krajowym Rejestrze Sądowym |                 | 30.08.2007        |                      |            |
| Ostatni wpis                                  | Numer wpisu     | 27                | Data dokonania wpisu | 19.07.2022 |
|   | Sygnatura akt   | RDF/408266/22/543 |                      |            |
|   | Oznaczenie sądu | SYSTEM            |                      |            |

**Dział 1**

| Rubryka 1 - Dane podmiotu   |   |
|---|---|
| 1.Oznaczenie formy prawnej  | SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ       |
| 2.Numer REGON/NIP   | REGON: 300621230, NIP: 7792317146             |
| 3.Firma, pod którą spółka działa  | "LIT" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ |
| 4.Dane o wcześniejszej rejestracji  | -----   |
| 5.Czy przedsiębiorca prowadzi działalność gospodarczą z innymi podmiotami na podstawie umowy spółki cywilnej? | NIE   |
| 6.Czy podmiot posiada status organizacji pożytku publicznego?   | NIE   |

| Rubryka 2 - Siedziba i adres podmiotu |   |
|---------------------------------------|---|
| 1.Siedziba                            | kraj POLSKA, woj. ZACHODNIOPOMORSKIE, powiat M. SZCZECIN, gmina M. SZCZECIN, miejsc. SZCZECIN |
| 2.Adres                               | ul. JELENIA, nr 34, lok. ---, miejsc. SZCZECIN, kod 70-791, poczta SZCZECIN, kraj POLSKA      |
| 3.Adres poczty elektronicznej         | -----   |
| 4.Adres strony internetowej           | -----   |

| Rubryka 3 - Oddziały |  |
|----------------------|--|
| Brak wpisów          |  |

| Rubryka 4 - Informacje o umowie                   |   |   |
|---|---|---|
| 1.Informacja o zawarciu lub zmianach umowy spółki | 1 | 8 MAJA 2007 R. NOTARIUSZ ELŻBIETA MAŁGORZATA BACHALSKA, KANCELARIA NOTARIALNA W GORZOWIE WLKP. PRZY UL. DZIECI WRZESIŃSKICH 1, REP. A NR 5675/2007.<br>9 SIERPNIA 2007 R. NOTARIUSZ ELŻBIETA MAŁGORZATA BACHALSKA, KANCELARIA NOTARIALNA W GORZOWIE WLKP., REP. A NR 9970/2007, ZMIANA § 20 UMOWY SPÓŁKI. |
|   |   |   |

|   |   |
|---|---|
| 2 | 10.02.2014 R., REP. A NR 360/2014, NOTARIUSZ AGNIESZKA WOJTCZAK, KANCELARIA NOTARIALNA W STARGARDZIE SZCZECIŃSKIM<br>ZMIENIONO §3, §10, §20 UST.3 I UST.4.      |
| 3 | AKT NOTARIALNY Z DNIA 17 STYCZNIA 2017 R., REP. A NR 178/2017, NOTARIUSZ AGNIESZKA WOJTCZAK, KANCELARIA NOTARIALNA W STARGARDZIE.<br>ZMIENIONO § 7 UMOWY SPÓŁKI |

### Rubryka 5

|  |                         |
|--|-------------------------|
| 1.Czas, na jaki została utworzona spółka   | NIEOZNACZONY            |
| 2.Oznaczenie pisma innego niż Monitor Sądowy i Gospodarczy, przeznaczonego do ogłoszeń spółki  | -----                   |
| 3.Wspólnik może mieć:  | WIĘKSZĄ LICZBĘ UDZIAŁÓW |
| 4.Czy statut przyznaje uprawnienia osobiste określonym akcjonariuszom lub tytuły uczestnictwa w dochodach lub majątku spółki nie wynikających z akcji? | *****                   |
| 5.Czy obligatoriusze mają prawo do udziałów w zysku?   | *****                   |

### Rubryka 6 - Sposób powstania spółki

Brak wpisów

### Rubryka 7 - Dane wspólników

|   |  |  |
|---|--|--|
| 1 | 1.Nazwisko / Nazwa lub firma                   | SYNAK  |
|   | 2.Imiona                                       | LUBOMIR ZYGMUNT                              |
|   | 3.Numer PESEL/REGON                            | 76052302612                                  |
|   | 4.Numer KRS                                    | *****  |
|   | 5.Posiadane przez wspólnika udziały            | 80 UDZIAŁÓW O ŁĄCZNEJ WYSOKOŚCI 40.000,00 Zł |
|   | 6.Czy wspólnik posiada całość udziałów spółki? | NIE  |
| 2 | 1.Nazwisko / Nazwa lub firma                   | KOZYRA                                       |
|   | 2.Imiona                                       | MARIUSZ                                      |
|   | 3.Numer PESEL/REGON                            | 73042204431                                  |
|   | 4.Numer KRS                                    | *****  |
|   | 5.Posiadane przez wspólnika udziały            | 20 UDZIAŁÓW O ŁĄCZNEJ WYSOKOŚCI 10.000,00 Zł |
|   | 6.Czy wspólnik posiada całość udziałów spółki? | NIE  |

### Rubryka 8 - Kapitał spółki

|   |              |
|---|--------------|
| 1.Wysokość kapitału zakładowego                               | 50 000,00 Zł |
| <h4>Podrubryka 1</h4> <h4>Informacja o wniesieniu aportu</h4> |              |
| Brak wpisów   |              |

|                         |
|-------------------------|
| Rubryka 9 - Nie dotyczy |
|-------------------------|

|             |
|-------------|
| Brak wpisów |
|-------------|

|                          |
|--------------------------|
| Rubryka 10 - Nie dotyczy |
|--------------------------|

|             |
|-------------|
| Brak wpisów |
|-------------|

## Dział 2

|  |
|--|
| Rubryka 1 - Organ uprawniony do reprezentacji podmiotu |
|--|

|   |  |  |
|---|--|--|
| 1.Nazwa organu uprawnionego do reprezentowania podmiotu |  | ZARZĄD   |
| 2.Sposób reprezentacji podmiotu                         |  | W PRZYPADKU POWOŁANIA ZARZĄDU JEDNOOSOBOWEGO SPÓŁKĘ REPREZENTUJE PREZES ZARZĄDU JEDNOOSOBOWO.W PRZYPADKU POWOŁANIA ZARZĄDU WIELOOSOBOWEGO DO SKŁADANIA OŚWIADCZEŃ W ZAKRESIE PRAW I OBOWIĄZKÓW MAJĄTKOWYCH I NIEMAJĄTKOWYCH SPÓŁKI ORAZ PODPISYWANIA UMÓW W IMIENIU SPÓŁKI UPRAWNIONYCH JEST DWÓCH CZŁONKÓW ZARZĄDU DZIAŁAJĄCYCH ŁĄCZNIE LUB JEDEN CZŁONEK ZARZĄDU DZIAŁAJĄCY ŁĄCZNIE Z PROKURENTEM. |
| Podrubryka 1<br>Dane osób wchodzących w skład organu    |  |  |
| 1   | 1.Nazwisko / Nazwa lub Firma   | SYNAK  |
|   | 2.Imiona   | LUBOMIR ZYGMUNT  |
|   | 3.Numer PESEL/REGON  | 76052302612  |
|   | 4.Numer KRS  | ****   |
|   | 5.Funkcja w organie reprezentującym                                      | PREZES ZARZĄDU   |
|   | 6.Czy osoba wchodząca w skład zarządu została zawieszona w czynnościach? | NIE  |
|   | 7.Data do jakiej została zawieszona                                      | -----  |

|                           |
|---------------------------|
| Rubryka 2 - Organ nadzoru |
|---------------------------|

|             |
|-------------|
| Brak wpisów |
|-------------|

|                        |
|------------------------|
| Rubryka 3 - Prokurenci |
|------------------------|

|   |                  |                   |
|---|------------------|-------------------|
| 1 | 1.Nazwisko       | KOZYRA            |
|   | 2.Imiona         | MARIUSZ           |
|   | 3.Numer PESEL    | 73042204431       |
|   | 4.Rodzaj prokury | PROKURA SAMOISTNA |

## Dział 3

|                                    |
|------------------------------------|
| Rubryka 1 - Przedmiot działalności |
|------------------------------------|

|   |   |  |
|---|---|--|
| 1.Przedmiot przeważającej działalności przedsiębiorcy | 1 | 33, 13, Z, NAPRAWA I KONSERWACJA URZĄDZEŃ ELEKTRONICZNYCH I OPTYCZNYCH           |
| 2.Przedmiot pozostałej działalności przedsiębiorcy    | 1 | 46, 19, Z, DZIAŁALNOŚĆ AGENTÓW ZAJMUJĄCYCH SIĘ SPRZEDAŻĄ TOWARÓW RÓŻNEGO RODZAJU |

|   |   |
|---|---|
| 2 | 46, 46, Z, SPRZEDAŻ HURTOWA WYROBÓW FARMACEUTYCZNYCH I MEDYCZNYCH   |
| 3 | 47, 74, Z, SPRZEDAŻ DETALICZNA WYROBÓW MEDYCZNYCH, WŁĄCZAJĄC ORTOPEDYCZNE, PROWADZONA W WYSPECJALIZOWANYCH SKLEPACH |
| 4 | 77, 33, Z, WYNAJEM I DZIERŻAWA MASZYN I URZĄDZEŃ BIUROWYCH, WŁĄCZAJĄC KOMPUTERY                                     |
| 5 | 49, 41, Z, TRANSPORT DROGOWY TOWARÓW  |
| 6 | 77, 11, Z, WYNAJEM I DZIERŻAWA SAMOCHODÓW OSOBOWYCH I FURGONETEK  |

### Rubryka 2 - Wzmianki o złożonych dokumentach

| Rodzaj dokumentu  | Nr kolejny w polu | Data złożenia | Za okres od do                |
|---|-------------------|---------------|-------------------------------|
| 1.Wzmianka o złożeniu rocznego sprawozdania finansowego   | 1                 | 21.06.2010    | 01.01.2009 - 31.12.2009       |
|   | 2                 | 28.10.2011    | 01.01.2010 - 31.12.2010       |
|   | 3                 | 12.07.2012    | 01.01.2011 R. - 31.12.2011 R. |
|   | 4                 | 12.06.2014    | OD 01.01.2013 DO 31.12.2013   |
|   | 5                 | 25.06.2015    | OD 01.01.2014 DO 31.12.2014   |
|   | 6                 | 22.06.2016    | OD 01.01.2015 DO 31.12.2015   |
|   | 7                 | 02.06.2017    | OD 01.01.2016 DO 31.12.2016   |
|   | 8                 | 09.07.2018    | OD 01.01.2017 DO 31.12.2017   |
|   | 9                 | 05.06.2019    | OD 01.01.2018 DO 31.12.2018   |
|   | 10                | 23.03.2020    | OD 01.01.2019 DO 31.12.2019   |
|   | 11                | 27.07.2021    | OD 01.01.2020 DO 31.12.2020   |
|   | 12                | 19.07.2022    | OD 01.01.2021 DO 31.12.2021   |
| 3.Wzmianka o złożeniu uchwały lub postanowienia o zatwierdzeniu rocznego sprawozdania finansowego | 1                 | *****         | 01.01.2009 - 31.12.2009       |
|   | 2                 | *****         | 01.01.2010 - 31.12.2010       |
|   | 3                 | *****         | 01.01.2011 R. - 31.12.2011 R. |
|   | 4                 | *****         | OD 01.01.2013 DO 31.12.2013   |
|   | 5                 | *****         | OD 01.01.2014 DO 31.12.2014   |
|   | 6                 | *****         | OD 01.01.2015 DO 31.12.2015   |
|   | 7                 | *****         | OD 01.01.2016 DO 31.12.2016   |
|   | 8                 | *****         | OD 01.01.2017 DO 31.12.2017   |
|   | 9                 | *****         | OD 01.01.2018 DO 31.12.2018   |
|   | 10                | *****         | OD 01.01.2019 DO 31.12.2019   |
|   | 11                | *****         | OD 01.01.2020 DO 31.12.2020   |
|   | 12                | *****         | OD 01.01.2021 DO 31.12.2021   |
| 4.Wzmianka o złożeniu sprawozdania z działalności podmiotu  | 1                 | *****         | 01.01.2009 - 31.12.2009       |
|   | 2                 | *****         | 01.01.2010 - 31.12.2010       |
|   | 3                 | *****         | 01.01.2011 R. - 31.12.2011 R. |
|   | 4                 | *****         | OD 01.01.2013 DO 31.12.2013   |
|   | 5                 | *****         | OD 01.01.2014 DO 31.12.2014   |
|   | 6                 | *****         | OD 01.01.2015 DO 31.12.2015   |
|   | 7                 | *****         | OD 01.01.2016 DO 31.12.2016   |
|   | 8                 | *****         | OD 01.01.2017 DO 31.12.2017   |

|    |       |                             |
|----|-------|-----------------------------|
| 9  | ***** | OD 01.01.2018 DO 31.12.2018 |
| 10 | ***** | OD 01.01.2019 DO 31.12.2019 |
| 11 | ***** | OD 01.01.2020 DO 31.12.2020 |
| 12 | ***** | OD 01.01.2021 DO 31.12.2021 |

### Rubryka 3 - Sprawozdania grupy kapitałowej

Brak wpisów

### Rubryka 4 - Przedmiot działalności statutowej organizacji pożytku publicznego

Brak wpisów

### Rubryka 5 - Informacja o dniu kończącym rok obrotowy

1.Dzień kończący pierwszy rok obrotowy, za który należy złożyć sprawozdanie finansowe

31.12.2007

## Dział 4

### Rubryka 1 - Zaległości

Brak wpisów

### Rubryka 2 - Wierzytelności

Brak wpisów

Rubryka 3 - Informacje o oddaleniu wniosku o ogłoszenie upadłości na podstawie art. 13 ustawy z 28 lutego 2003 r. Prawo upadłościowe albo o zabezpieczeniu majątku dłużnika w postępowaniu w przedmiocie ogłoszenia upadłości albo w postępowaniu restrukturyzacyjnym albo po prawomocnym umorzeniu postępowania restrukturyzacyjnego

Brak wpisów

Rubryka 4 - Umorzenie prowadzonej przeciwko podmiotowi egzekucji z uwagi na fakt, że z egzekucji nie uzyska się sumy wyższej od kosztów egzekucyjnych

Brak wpisów

## Dział 5

### Rubryka 1 - Kurator

Brak wpisów

## Dział 6

### Rubryka 1 - Likwidacja

Brak wpisów

### Rubryka 2 - Informacje o rozwiązaniu lub unieważnieniu spółki



|             |
|-------------|
| Brak wpisów |
|-------------|

|                         |
|-------------------------|
| Rubryka 3 - Nie dotyczy |
|-------------------------|

|             |
|-------------|
| Brak wpisów |
|-------------|

|   |
|---|
| Rubryka 4 - Informacja o połączeniu, podziale lub przekształceniu |
|---|

|             |
|-------------|
| Brak wpisów |
|-------------|

|   |
|---|
| Rubryka 5 - Informacja o postępowaniu upadłościowym |
|---|

|             |
|-------------|
| Brak wpisów |
|-------------|

|   |
|---|
| Rubryka 6 - Informacja o postępowaniu układowym |
|---|

|             |
|-------------|
| Brak wpisów |
|-------------|

|  |
|--|
| Rubryka 7 - Informacje o postępowaniach restrukturyzacyjnych, o postępowaniu naprawczym lub o przymusowej restrukturyzacji |
|--|

|             |
|-------------|
| Brak wpisów |
|-------------|

|  |
|--|
| Rubryka 8 - Informacja o zawieszeniu działalności gospodarczej |
|--|

|             |
|-------------|
| Brak wpisów |
|-------------|

|                                      |
|--------------------------------------|
| data sporządzenia wydruku 12.01.2023 |
|--------------------------------------|

|   |
|---|
| adres strony internetowej, na której są dostępne informacje z rejestru: <a href="https://ekrs.ms.gov.pl">ekrs.ms.gov.pl</a> |
|---|