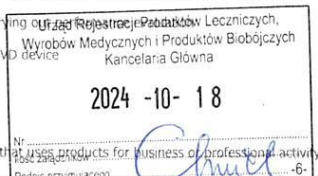


Formularz dla podmiotów / Form for organizations

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 (Producent) / Manufacturer <input type="checkbox"/> A - Autoryzowany przedstawiciel (Upoważniony przedstawiciel) / Authorized representative <input checked="" type="checkbox"/> I - Importer / Importer <input 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 (badanie działania) / Organization carrying out assessment of action (action study) <input type="checkbox"/> L - Laboratorium wytwarzające na swój użytek wyrób IVD / Laboratory produced in home IVD device <input type="checkbox"/> DL - Podmiot wykonujący działalność leczniczą / Entity performing medical activity <input type="checkbox"/> IZ - Instytucja zdrowia publicznego / Health institution <input type="checkbox"/> P - Podmiot, który używa wyrobów do działalności gospodarczej lub zawodowej / Entity that uses products for business or professional activity	



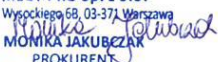
C. Identyfikacja wytwórcy (producenta) / Identification of the manufacturer	
1.013 Numer referencyjny / Reference number	1.014 Kod kraju / Country code
	GB
1.015 Nazwa wytwórcy (producenta), pełna / Name of the manufacturer, in full	
Professional Disposables International Ltd.	
1.016 Nazwa wytwórcy (producenta), skrócona / Name of the manufacturer, abbreviated	
PDI	
1.017 Miasto / City	1.018 Kod pocztowy / Postal code
Corby	NN17 5XJ
1.019 Ulica, nr / Street, no.	1.020 Skrytka pocztowa / PO Box
Pywell Road, Willowbrook East Industrial Estate	
Osoba do kontaktu / Contact person	
1.021 Imię i nazwisko / Full name	1.022 Telefon / Phone
Nuno Salgueiro	351913407265
1.023 E-mail	1.024 Faks / Fax
nuno.salgueiro@pdi-emea.com	351913407265

D. Identyfikacja autoryzowanego przedstawiciela (upoważnionego przedstawiciela) / Identification of the authorized representative	
1.025 Numer referencyjny / Reference number	1.026 Kod kraju / Country code
	IT
1.027 Nazwa autoryzowanego przedstawiciela (upoważnionego przedstawiciela), pełna / Name of the authorized representative, in full	
NEX Medical Antiseptics Srl.	
1.028 Nazwa autoryzowanego przedstawiciela (upoważnionego przedstawiciela), skrócona / Name of the authorized representative, abbreviated	
Nex Medical	
1.029 Miasto / City	1.030 Kod pocztowy / Postal code
Casorezzo Milan	20010
1.031 Ulica, nr / Street, no.	1.032 Skrytka pocztowa / PO Box
Via Per Arluno 37/39	
Osoba do kontaktu / Contact person	
1.033 Imię i nazwisko / Full name	1.034 Telefon / Phone
Nuno Salgueiro	351913407265
1.035 E-mail	1.036 Faks / Fax
nuno.salgueiro@pdi-emea.com	351913407265

E. Identyfikacja ... / Identification of the ...		1.037 <input checked="" type="checkbox"/> I - ... importera / ... importer <input 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		
Medi-Pro Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością		
1.041 Nazwa importera lub dystrybutora, skrócona / Name of the importer or distributor, abbreviated		
Medi-Pro Sp. z o.o.		
1.042 Miasto / City	1.043 Kod pocztowy / Postal code	
Warszawa	03-371	
1.044 Ulica, nr / Street, no.	1.045 Skrytka pocztowa / PO Box	
Wysockiego 6b		
Osoba do kontaktu / Contact person		
1.046 Imię i nazwisko / Full name	1.047 Telefon / Phone	
Monika Jakubczak	22 811 03 22	
1.048 E-mail	1.049 Faks / Fax	
biuro@medi-pro.com.pl	22 811 03 02	

F. Identyfikacja ... / Identification of the organization ...	
<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 (badanie działania) / ... carrying out performance evaluation <input type="checkbox"/> L - ... laboratorium wytwarzające na swój użytek wyrób IVD / Laboratory produced in home IVD device <input type="checkbox"/> DL - ... podmiot wykonujący działalność leczniczą / Entity performing medical activity <input type="checkbox"/> IZ - ... instytucja zdrowia publicznego / Health institution <input type="checkbox"/> P - ... podmiot, który używa wyrobów do działalności gospodarczej lub zawodowej / Entity that uses products for business or professional	
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 lub art. 38 ust. 1 ustawy o CEIDG i Punkcie Informacji dla Przedsiębiorcy To be filled in by person acting as proxy in accordance with art. 33 of the Polish Code of Administrative Procedure or art. 45 par. 1 of CEIDG Act	
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	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	Warszawa	Data / Date	2024-10-17
Nazwisko / Name	Monika Jakubczak	Podpis / Signature	 MONIKA JAKUBCZAK PROKURENT Dyrektor Biura Zarządu

MEDI-PRO Sp. z o.o.
ul. P. Wysockiego 6B, 03-371 Warszawa
03-371 Warszawa
tel./fax. 22 811 03 22, tel. 22 675 96 83

ID: 5473 6265 0857

WM1_F1_1.4

Strona - Page 3 / 3

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		4.002 Numer referencyjny Załącznika nr 1 / Reference number of form no. 1		
1		Ordinal number of form no. 4 within this notification		
B. Wykaz wyrobów / List of devices				
4.003 Nr referencyjny / Ref. no	4.004 Nazwa handlowa wyrobu / Trade name of device 1), 2)	4.005 Kod Basic UDI-DI, jeżeli został nadany / Basic UDI-DI code, if applicable	4.006 Nazwa rodzajowa wyrobu / Generic device name 3)	4.007 Numer identyfikacyjny jednostki notyfikowanej, jeżeli dotyczy / Identification number of the notified body, if applicable
	Sani-Cloth 70	50560123MDRTF01DL	Gotowe do użycia, niestrzeżone, jednorazowe chusteczki do dezynfekcji alkoholem nieinwazyjnych wyrobów medycznych, nieporowatych twardej powierzchni.	2797
	Super Sani-Cloth	50560123MDRTF01DL	Szybko schnące, wysoce kompatybilne jednorazowe chusteczki do dezynfekcji nieinwazyjnych wyrobów medycznych; nieporowatych twardej powierzchni. Gotowe do użycia, niestrzeżone, chusteczki mogą być używane do jednoczesnego mycia i dezynfekcji.	2797
	Sani-Cloth AF	50560123MDRTF02DN	Bezalkoholowe, gotowe do użycia, niestrzeżone, jednorazowe chusteczki typu 2 w 1 do mycia i dezynfekcji nieinwazyjnych wyrobów medycznych; nieporowatych twardej powierzchni.	2797
Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych Kancelaria Główna				
2024 -10- 18				
Nr Ilość załączników Podpis przyjmującego				6

4.003 Nr referencyjny / Ref. no	4.004 Nazwa handlowa wyrobu / Trade name of device 1), 2)	4.005 Kod Basic UDI-DI, jeżeli został nadany / Basic UDI-DI code, if applicable	4.006 Nazwa rodzajowa wyrobu / Generic device name 3)	4.007 Numer identyfikacyjny jednostki notyfikowanej, jeżeli dotyczy / Identification number of the notified body, if applicable
	Sani-Cloth AF3	50560123MDRUF02DN	Bezalkoholowe, gotowe do użycia, niestrzeżące się, jednorazowe chusteczki typu 2 w 1 do mycia i dezynfekcji nieinwazyjnych wyrobów medycznych; nieporowatych twardej powierzchni.	2797
	Sani-Cloth Chlor	50560123MDRUF03DQ	Sporobójcze chusteczki do dezynfekcji wysokiego poziomu, jednorazowego użytku do mycia i dezynfekcji nieinwazyjnych wyrobów medycznych; nieporowatych twardej powierzchni.	2797
	Prevantics CHG 2%	50560123MDRUF01DL	Chusteczki do dezynfekcji złączy bezigłowych, hubów i portów połączeniowych.	2797

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

Warszawa

Data / Date

2024-10-18

Nazwisko / Name

Monika Jakubczak

Podpis / Signature

MEDI-PRO Sp. z o.o.

ul. P. Wysockiego 6B, 03-371 Warszawa

MONIKA JAKUBCZAK

PROKURENT

Dyrektor Biura

tel./fax: 22 811 03 22, tel. 22 675 96 83

03-371 Warszawa

ul. P. Wysockiego 6B

MEDI-PRO Sp. z o.o.

- 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 wytwórcą nie ma siedziby lub miejsca zamieszkania w państwie członkowskim,
 - jeden, wspólny, krótki opis wyrobu i jego przewidziane zastosowanie,
 - jedna, możliwe najbardziej szczegółowa nazwa rodzajowa,
 - jeden kod wyrobu według Globalnej Nomenklatury Wyrobów Medycznych albo innej uznanej nomenklatury wyrobów medycznych,
 - te same klasyfikacje albo kwalifikacje,
 - 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 jedna nazwa handlowa w języku polskim albo jedna nazwa handlowa w języku angielskim.
- 2) Systemy lub zestawy zabiegowe o tym samym przeznaczeniu i zestawione przez ten sam podmiot i zawierające te same wyroby medyczne, które w poszczególnych systemach lub zestawach zabiegowych występują w różnych ilościach lub różnią się nazwą handlową, typem, modelem, wersją wykonania, wersją oprogramowania, rozmiarem, kształtem lub wymiarami można uznać za jeden system lub zestaw zabiegowy, jeżeli odpowiadające sobie wyroby medyczne w poszczególnych systemach lub zestawach zabiegowych mogą być uznane za jeden wyrób zgodnie z pkt 1.
- 3) Nazwa handlowa wyrobu jest nazwą umożliwiającą jednoznaczne zdefiniowanie przewidzianego zastosowania wyrobu. Nazwa handlowa, typ, strzykawka