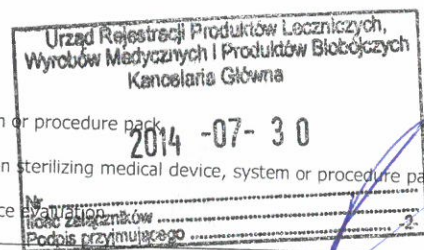


Formularz dla podmiotów / Form for organizations

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 03-736 Warszawa
1.006 Ulica, nr / Street, no. Ząbkowska 41	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 type="checkbox"/> 1. Pierwsze dla wyrobu / First for device <input type="checkbox"/> 2. Zmiana danych podmiotu / Change of entity details <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> W - Wytwórca / Manufacturer <input type="checkbox"/> A - Autoryzowany przedstawiciel / Authorized representative <input 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 / Organization carrying out performance	



C. Identyfikacja wytwórcy / Identification of the manufacturer

1.013 Numer referencyjny / Reference number		1.014 Kod kraju / Country code PL	
1.015 Nazwa wytwórcy, pełna / Name of the manufacturer, in full mdh sp. z o.o			
1.016 Nazwa wytwórcy, skrócona / Name of the manufacturer, abbreviated			
1.017 Miasto / City Łódź		1.018 Kod pocztowy / Postal code 90-349	
1.019 Ulica, nr / Street, no. Tymienieckiego 22/24		1.020 Skrytka pocztowa / PO Box	
Osoba do kontaktu / Contact person			
1.021 Imię i nazwisko / Full name Katarzyna Herka		1.022 Telefon / Phone 42 674 83 13	
1.023 E-mail kherka@mdh.pl		1.024 Faks / Fax	

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 I - ... importera / ... importer
 D - ... dystrybutora / ... distributor

1.038 Numer referencyjny / Reference number		1.039 Kod kraju / Country code	
1.040 Nazwa importera lub dystrybutora, pełna / Name of the importer or distributor, in full			
1.041 Nazwa importera lub dystrybutora, skrócona / Name of the importer or distributor, abbreviated			
1.042 Miasto / City		1.043 Kod pocztowy / Postal code	
1.044 Ulica, nr / Street, no.		1.045 Skrytka pocztowa / PO Box	
Osoba do kontaktu / Contact person			
1.046 Imię i nazwisko / Full name		1.047 Telefon / Phone	
1.048 E-mail		1.049 Faks / Fax	

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

- Z - ... podmiotu zestawiającego system lub zestaw zabiegowy / ... assembling system or procedure pack
1.050 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

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 notificationProszę 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

1

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

0

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

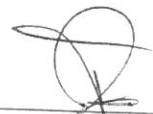
Data / Date

2014-07-28

Nazwisko / Name

Tadeusz Baczyński

Podpis / Signature

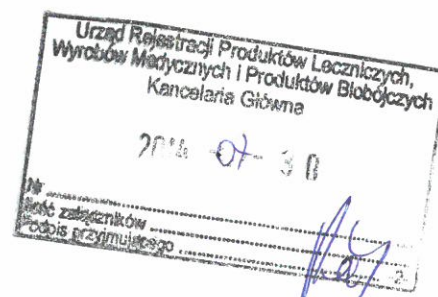


Formularz dla aktywnych wyrobów medycznych do implantacji, wyrobów medycznych i systemów lub zestawów zabiegowych

Form for active implantable medical devices, medical devices and systems or procedure packs

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

A. Identyfikacja zgłoszenia / Identification of notification	
2.001 Numer referencyjny Załącznika nr 1 / Reference number of form no. 1	2.002 Numer kolejny Załącznika nr 2 w obrębie tego zgłoszenia Ordinal number of form no. 2 within this notification 1
2.003 Numer referencyjny / Reference number	2.004 Rodzaj zgłoszenia / Notification type <input type="checkbox"/> Pierwsze / First <input checked="" type="checkbox"/> Zmiana / Change
2.005 W przypadku zmiany danych wyrobu proszę wskazać dane ulegające zmianie In case of change of device details please indicate the data being changed Wprowadza się nowe modele wyrobu: PCBL 1620/1820 De Luxe lift W4029 Hunter Plus S344	
B. Identyfikacja wyrobu / Identification of device	
2.006 Typ wyrobu / Device type <input checked="" type="checkbox"/> Wyrób oznakowany znakiem CE CE marked device <input type="checkbox"/> Wyrób na zamówienie Custom-made device <input type="checkbox"/> System lub zestaw zabiegowy System or procedure pack	
2.007 Klasyfikacja / Classification <input type="checkbox"/> 1. Aktywny wyrób medyczny do implantacji / Active implantable medical device <input checked="" type="checkbox"/> 2. Wyrób medyczny klasy I / Class I medical device <input type="checkbox"/> 3. Wyrób medyczny klasy I sterylny / Class I medical device, sterile <input type="checkbox"/> 4. Wyrób medyczny klasy I z funkcją pomiarową / Class I medical device with measuring function <input type="checkbox"/> 5. Wyrób medyczny klasy I z funkcją pomiarową, sterylny / Class I medical device with measuring function, sterile <input type="checkbox"/> 6. Wyrób medyczny klasy IIa / Class IIa medical device <input type="checkbox"/> 7. Wyrób medyczny klasy IIb / Class IIb medical device <input type="checkbox"/> 8. Wyrób medyczny klasy III / Class III medical device	2.008 Reguła (jeśli dotyczy) Rule (where applicable) 12
2.009 Nazwa handlowa wyrobu / Trade name of device 1) Wózek inwalidzki z napędzie elektrycznym	
2.010 Inne nazwy tego samego wyrobu (jeśli są używane) / Alternative names of the same device (if used)	
2.011 Typ, model, wersja wykonania / Type, model, make W1018-Limber, W1018TT-Limber Plus, PCBL1600/1800 Modern, PCBL1610/1810 - De Luxe, PCBL 1620/1820 - De Luxe Lift PCBL 1220/1420 - Scrubby, W4028-Cruiser, W4028-Cruise II W4025-Rider II W1032-Easy W4029-Hunter Plus W1033 Allroad S344	



B. Identyfikacja wyrobu (cd.) / Identification of device (cont.)**2.012 Nazwa zastosowanej, międzynarodowo uznanej nomenklatury**
Name of applied, internationally recognised nomenclature

UMDNS

2.013 Kod rodzajowy wg zastosowanej nomenklatury
Code of generic device group according to applied nomenclature

18410

Krótki opis wyrobu i jego przewidziane zastosowanie / Short description and intended purpose of the device**2.014 W języku miejscowym - po polsku / In local language - in Polish**

Wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym został stworzony z myślą o pacjentach z dysfunkcją narządu ruchu, która uniemożliwia samodzielne napędzanie wózka manualnego. Wózek umożliwia przemieszczanie się zarówno wewnątrz pomieszczeń jak i w terenie. Wózek jest przeznaczony dla:

- pacjentów nie poruszających się samodzielnie z wykorzystaniem kończyn dolnych,
- dla pacjentów z dysfunkcjami kończyn dolnych spowodowanych schorzeniami neurologicznymi lub urazami połączonymi z dysfunkcjami kończyn górnych
- dla pacjentów których aktywność fizyczna jest ograniczona ze względu na procesy chorobowe narządów ruchu
- dla pacjentów z dysfunkcjami ruchu zmuszonych do pokonywania większych odległości

2.015 Po angielsku / In English

Wheelchair with electric disc drive has been designed for patients with reduced mobility, which prevents self-driving truck manual forklift to move through both indoor as well as terrain. Wózek is designed for:

- Patients not moving yourself with the use of the lower extremities,
- For patients with dysfunctions of the lower limbs due to neurological diseases or injuries connected with upper limb disabilities
- For patients whose physical activity is limited due to disease processes locomotor
- For patients with movement dysfunctions forced to longer distance

2.016 Zgodność sprawdzona przez jednostkę notyfikowaną numer ... (jeśli dotyczy)
Conformity checked by notified body number ... (where applicable)**C. Identyfikacja osoby do kontaktu w sprawach incydentów medycznych**
Identification of contact person for medical incident issues**2.017 Imię i nazwisko / Full name**

Katarzyna Herka

2.018 Telefon / Phone

42 674 83 13

2.019 E-mail

kherka@mdh.pl

2.020 Faks / Fax

