

## Formularz dla podmiotów / Form for organizations

PL/CA01

Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych

The Office for Registration of Medicinal Products, Medical Devices and Biocidal Products

PL

+48 22 4921100

Proszę wypełnić formularz w języku polskim lub angielskim.

Proszę wpisać numer referencyjny, który został nadany przez Urząd.

1. Nazwa podmiotu

2. Adres siedziby podmiotu (ulica, numer domu, kod pocztowy, miasto)

3. Wypełnij, jeśli dotyczy (nazwa, adres, kod pocztowy, miasto)



4. Wypełnij, jeśli dotyczy (nazwa, adres, kod pocztowy, miasto)

5. Wypełnij, jeśli dotyczy (nazwa, adres, kod pocztowy, miasto)



Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych	
Kancelaria Główna	
2015-02-12	
Nr	
Dotyczy załącznika	
Podpis przyjmującego	
-5-	

C. Identyfikacja wystawcy

1.014 Nazwa krajowa / Country name

1.014 Kod kraju / Country code

CH

1.015 Nazwa firmy / Company name

**B.Braun Medical AG**

1.016 Nazwa siedziby / Office name

**B.Braun Medical AG**

1.017 Miasto / City

**Sempach**

1.018 Kod pocztowy / Post code

**6204**

1.019 Ulica / Street

1.020 Skrytka pocztowa / P.O. Box

**Seesatz 17**

1.021 Imię i nazwisko / Name

1.022 Telefon / Phone

**Margaritha Hunkeler**

**+41 58 258 52 51**

1.023 E-mail

1.024 Faks / Fax

**margaritha.hunkeler@bbraun.com**

**+41 58 258 62 51**

D. Identyfikacja zatwierdzonego przedstawiciela / Identification of the authorized representative

1.025 Numer referencyjny / Reference number

1.026 Kod kraju / Country code

1.027 Nazwa importera lub dystrybutora, pełna / Name of the importer or distributor, full

1.028 Nazwa importera lub dystrybutora, skrócona / Name of the importer or distributor, shortened

1.029 Miasto / City

1.030 Kod pocztowy / Post code

1.031 Ulica, adres / Street, address

1.032 Skrytka pocztowa / P.O. 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 ... Importer / Importer  
☒ D ... Distributor / 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, full

**Aesculap Chifa Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością**

1.041 Nazwa importera lub dystrybutora, skrócona / Name of the importer or distributor, shortened

**Aesculap Chifa**

1.042 Miasto / City

1.043 Kod pocztowy / Post code

**Nowy Tomyśl**

**64-300**

1.044 Ulica, adres / Street, address

1.045 Skrytka pocztowa / P.O. Box

**ul. Tysiąclecia 14**

Osoba do kontaktu / Contact person

1.046 Telefon / Phone

1.046 Imię i nazwisko / Name

**Tomasz Kluj**

**(61) 44 20 248**

1.047 E-mail

1.047 Faks / Fax

**tomasz.kluj@bbraun.com**

**(61) 44 20 283**

□  
□  
□

Tomasz Kluj

Nowy Tomyśl

ul. Tysiąclecia 14

(61) 44 20 248

64-300

(61) 44 20 283

0

0

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.

Nowy Tomyśl

Tomasz Kluj

2015-02-11  
**Aesculap China** Spółka z o.o.  
**SPECIALISTA**  
**DS. NOWYCH WYROBÓW**  
*Tomasz Kluj*

**Wykaz wyrobów objętych powiadomieniem**  
List of devices covered by this notification

1

Stabimed fresh

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.

Nowy Tomysł

Tomasz Kluj

2011-02-11  
**Aesculap Chifa** Spółka z o.o.  
**SPECJALISTA**  
**DS. NOWYCH WYROBÓW**  
*Tomasz Kluj*

