

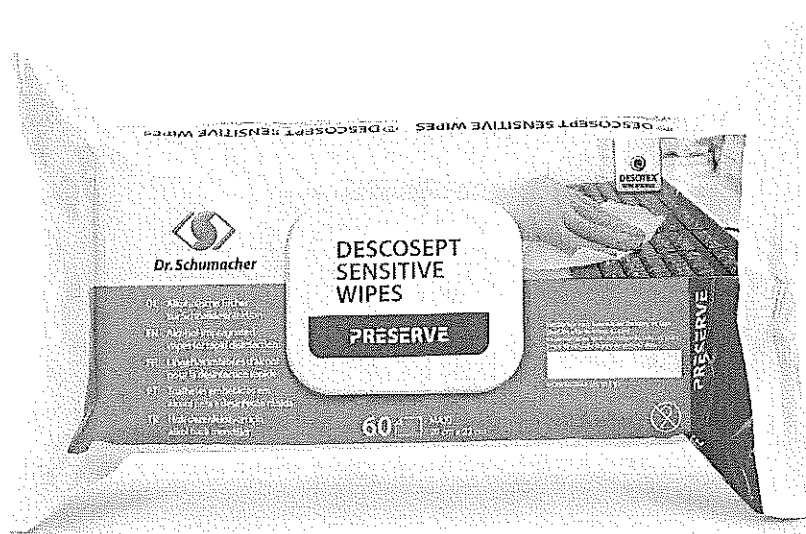
DESCOCEPT SENSITIVE WIPES

Dezynfekcja powierzchni - łatwa i delikatna dla materiałów

- Aktywny wobec wszystkich wirusów otczkowych w 3 min włączając norowirusy
- Działa wobec SARS CoV-2 (1 min)
- Przetestowany pod kątem skuteczności wobec wirusów w praktyce *
- Bardzo dobra kompatybilność materiałowa
- Nie pozostawia smug ani widocznych pozostałości

Produkty **DESCOCEPT SENSITIVE WIPES** oferują optymalnie skoordynowane rozwiązania produktowe do rutynowej dezynfekcji we wszystkich obszarach istotnych dla higieny. Doskonała kompatybilność materiałowa jest jedną z wyjątkowych właściwości **DESCOCEPT SENSITIVE WIPES** w 60 flowpack.

Niezależnie od tego, czy chodzi o wyświetlacze, panele kontrolne, czy powierzchnie robocze - dzięki starannie dobranej, niskoalkoholowej formule umożliwiają delikatną dezynfekcję szerokiej gamy powierzchni.



NOWY
60 chusteczek
Flowpack

Może być stosowany na prawie każdym materiale:

Błaty robocze

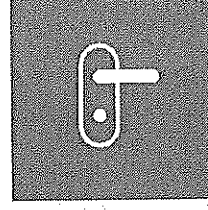
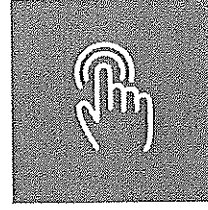
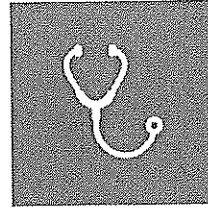
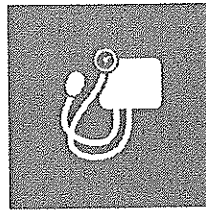
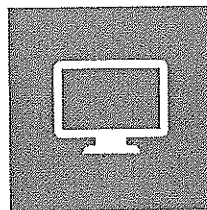
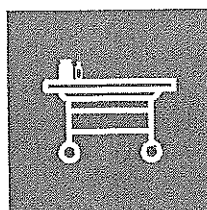
Monitory

Mankiety do
pomiaru ciśnienia

Stetoskopy

Panele sterowania,
włączniki

Klamki



* testowany na skuteczność przeciw adenowirusom i norowirusom (MNV) zgodnie z normą EN 16615 („test 4-pól”)

Najwyższej klasy czasu ekspozycji

DESCOCEPT SENSITIVE WIPES do szybkiej dezynfekcji

DESCOCEPT SENSITIVE WIPES osiąga wszechstronną skuteczność w bardzo krótkim czasie. Na przykład skuteczność przeciw koronawirusom i prątkom można osiągnąć w ciągu 1 minuty.

Spektrum działania i czas kontaktu		30s	1 min	2 min	5 min
Rekomendowane aplikacje					
zalecenia dotyczące stosowania do dezynfekcji powierzchni: bakterioobójcze, drożdżakobójcze*	EN 16615			•	
prątkobójczy (M. avium, M. terrae)	EN 14348	•			
działanie bójcze wobec mykobakterii (M. avium)	EN 14348		•		
ograniczone działanie wirusobójcze	EN 14476				•
	EN 16777				•
działanie wobec wirusów otoczkowych	EN 14476		•		

* w tym badania Fazy 2 Etap 1 i Fazy 2 Etap 2 (ilościowe testy zawiesinowe i praktyczne testy nośnikowe)



Produkt	Opakowanie jednostkowe	Zawartość	Opis identyfikacyjny	RIPE
DESCOCEPT SENSITIVE WIPES	Flowpack	60 chusteczek	9	00-323DS-T060

Używaj ostrożnie środka do dezynfekcji. Zawsze czytaj etykietę i informacje o produkcie przed użyciem.



Dr. Schumacher

Dr. Schumacher GmbH

Am Roggenfeld 3 · 34323 Malsfeld · Germany · T +49 5664 9496-0 · info@schumacher-online.com

Dr. Schumacher Sp. z o.o.

ul. Jeleniogórska 12 · 59-800 Lubiąż · Polska · T +48 734 183 876 · www.schumacher-online.com

Wykaz wyrobów objętych powiadomieniem

List of devices covered by this notification

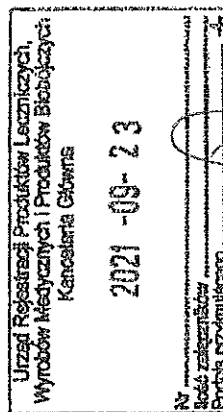
Proszę wypełniać tylko pola z białym tłem / Please fill in fields with a white background only

A. Identyfikacja powiadomienia / Identification of notification	
4.001 Numer kolejny Załącznika nr 4 w obrębie tego powiadomienia 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)	4.005 Kod Basic UDI-DI, jeżeli został nadany / Basic UDI-DI code, if applicable	4.006 Nazwa rodzajowa wyrobu / Generic device name 3)
	Cleanisept Wipes		Cleanisept Wipes
	Cleanisept Wipes Maxi		Cleanisept Wipes Maxi
	Descosept Spezial Wipes		Descosept Spezial Wipes
	Descosept Sensitive Wipes		Descosept Sensitive Wipes
	Descosept Pur Wipes RTU		Descosept Pur Wipes RTU
	Cleanisept Wipes forte		Cleanisept Wipes forte
	Cleanisept Wipes forte Maxi		Cleanisept Wipes forte Maxi
	one system PLUS	42600686200915EE8S	one system PLUS
	one system BASIC	42600686200915EB8L	one system BASIC

4.007 Numer identyfikacyjny jednostki notyfikowanej, jeżeli dotyczy / Identification number of the notified body, if applicable

0482
0482
0482
0482
0482
0482
0482
0482
0482
0482



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.

2021-09-22

Data / Date

LUBAÑ

Miesto / City

Podpis / Signature

PAIT, STANER

Nazwisko / Name

11) 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 miały:

- jednego wytwórcę (producenta)

- jednego wywołującego (producenta)
- jednego autoryzowanego przedstawiciela (upoważnionego przedstawiciela), jeżeli ich wywórcą (producenta) nie ma siedziby lub miejsca zamieszkania w państwie członkowskim,

- jeden, wspólny, krótki opis wyrobu i jego przewidziane zastosowanie;

jedną możliwość najbardziej szczerą nazwę rodzajową.

[illegible][illegible]

- tē samā kasyfikāḡe albo kwalitikaḡe,

- 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,

Wspólny numer referencyjny w bazie EUPAMED i jedna nazwa handlowa w języku polskim albo jedna nazwa handlowa w języku angielskim.

W tym celu należy przede wszystkim zrehabilitować i wywyższyć rolę lekarza, który jest odpowiedzialny za zdrowie i życie człowieka. W tym celu należy przede wszystkim zrehabilitować i wywyższyć rolę lekarza, który jest odpowiedzialny za zdrowie i życie człowieka.

systemy lub zasady zapadkowe o tym samym przeznaczeniu, zesławienie przez ten sam podmiot zawierającego te same wyśwy modyfikacji, które w poprzednich

systemach lub zestawach zabiegowych występują w różnych ilościach lub różnią się nazwą handlową, typem, modelem, wielkością opakowania, wielkością opakowania, wielkością opakowania, wielkością opakowania.

ozmiarem, kształtem lub wymiarami można uznać za jeden system lub zestaw zabiegowy, jeżeli odpowiadające sobie wyroby medyczne w poszczególnych systemach

ub zestawach zabiegowych mogą być uznane za jeden wyrób zgodnie z pkt 1.

Latvian rodzainiwa vuvurbi. Iest pazvsa iemotli ieliatara isdijotvazvazne zideli indijvavaiis pazsviciviekad pazstosvavaiid vavariu. ar. maseka. nsvaiik. satvukavaiis

ID: 1835 6949 0452

WPI_Fq_1.2

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 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 (badanie działania) / Organization 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 activity	

Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych,
 Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych
 Kancelaria Główna

 2021-09-23
 Podpis przysięgający

C. Identyfikacja wytwórcy (producenta) / Identification of the manufacturer	
1.013 Numer referencyjny / Reference number	1.014 Kod kraju / Country code DE
1.015 Nazwa wytwórcy (producenta), pełna / Name of the manufacturer, in full DR.SCHUMACHER GMBH	
1.016 Nazwa wytwórcy (producenta), skrócona / Name of the manufacturer, abbreviated	
1.017 Miasto / City Malsfeld	1.018 Kod pocztowy / Postal code 34323
1.019 Ulica, nr / Street, no. Am Roggenfeld 3	1.020 Skrytka pocztowa / PO Box
Osoba do kontaktu / Contact person	
1.021 Imię i nazwisko / Full name Michael Pfaffenbach	1.022 Telefon / Phone +49 5664 9496-6502
1.023 E-mail Michael.Pfaffenbach@schumacher-online.com	1.024 Faks / Fax +49 5664 8444

D. Identyfikacja autoryzowanego przedstawiciela (upoważnionego przedstawiciela) / Identification of the authorized representative	
1.025 Numer referencyjny / Reference number	1.026 Kod kraju / Country code
1.027 Nazwa autoryzowanego przedstawiciela (upoważnionego przedstawiciela), pełna / Name of the authorized representative, in full	
1.028 Nazwa autoryzowanego przedstawiciela (upoważnionego 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 DR.SCHUMACHER SP. Z O.O.		
1.041 Nazwa importera lub dystrybutora, skrócona / Name of the importer or distributor, abbreviated		
1.042 Miasto / City LUBAŃ	1.043 Kod pocztowy / Postal code 59-800	
1.044 Ulica, nr / Street, no. JELENIÓGÓRSKA 12	1.045 Skrytka pocztowa / PO Box	
Osoba do kontaktu / Contact person		
1.046 Imię i nazwisko / Full name MAGDALENA GÓRNA	1.047 Telefon / Phone +48 75 6466200	
1.048 E-mail Magdalena.Gorna@schumacher-online.com	1.049 Faks / Fax	

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	
1.050	
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	9


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 LUBAŃ

Data / Date 2021-09-22

Nazwisko / Name PAUL STANEK

Podpis / Signature 

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 wyrobu1 / Generic device name 3)
	Thermoshield NR	42600686200119HB	Thermoshield NR
	Thermoshield Desinfektant		Thermoshield Desinfektant
	Thermoshield Xtreme	42600686200170HB	Thermoshield Xtreme
	Thermoshield Basix	42600686200173HH	Thermoshield Basix
	Thermoshield C	42600686200180HE	Thermoshield C
	Thermoshield P	42600686200181HG	Thermoshield P
	Thermoshield Shine	42600686200182HJ	Thermoshield Shine
	Spezial Ölspray		Spezial Ölspray
			0482
			0482
			0482
			0482
			0482
			0482
			0482

Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych,
Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych
Kancelaria Główna

2021-09-23

Nr _____

Imię i nazwisko _____

Podpis przyjmującego _____

4

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	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 65%;"> <input type="checkbox"/> W - Wytwórca (Producent) / Manufacturer <input type="checkbox"/> A - Autoryzowany przedstawiciel (Upoważniony 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 <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 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 activity </div> <div style="width: 30%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych Kancelaria Główna <div style="text-align: center; font-size: 1.2em; font-weight: bold;">2021-09-23</div> <div style="font-size: 0.8em;"> Nr Ilość załączników Podpis przyjmującego </div> </div> </div>	

C. Identyfikacja wytwórcy (producenta) / Identification of the manufacturer	
1.013 Numer referencyjny / Reference number	1.014 Kod kraju / Country code DE
1.015 Nazwa wytwórcy (producenta), pełna / Name of the manufacturer, in full DR. SCHUMACHER GMBH	
1.016 Nazwa wytwórcy (producenta), skrócona / Name of the manufacturer, abbreviated	
1.017 Miasto / City Malsfeld	1.018 Kod pocztowy / Postal code 34323
1.019 Ulica, nr / Street, no. Am Roggenfeld 3	1.020 Skrytka pocztowa / PO Box
Osoba do kontaktu / Contact person	
1.021 Imię i nazwisko / Full name Michael Pfaffenbach	1.022 Telefon / Phone +49 5664 9496-6502
1.023 E-mail Michael.Pfaffenbach@schumacher-online.com	1.024 Faks / Fax +49 5664 8444

D. Identyfikacja autoryzowanego przedstawiciela (upoważnionego przedstawiciela) / Identification of the authorized representative	
1.025 Numer referencyjny / Reference number	1.026 Kod kraju / Country code
1.027 Nazwa autoryzowanego przedstawiciela (upoważnionego przedstawiciela), pełna / Name of the authorized representative, in full	
1.028 Nazwa autoryzowanego przedstawiciela (upoważnionego 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 DR. SCHUMACHER SP. Z O.O.		
1.041 Nazwa importera lub dystrybutora, skrócona / Name of the importer or distributor, abbreviated		
1.042 Miasto / City LUBAŃ	1.043 Kod pocztowy / Postal code 59-800	
1.044 Ulica, nr / Street, no. JELENIOGÓRSKA 12	1.045 Skrytka pocztowa / PO Box	
Osoba do kontaktu / Contact person		
1.046 Imię i nazwisko / Full name MAGDALENA GÓRNA	1.047 Telefon / Phone +48 734183868	
1.048 E-mail Magdalena.Gorna@schumacher-online.com	1.049 Faks / Fax	

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	
1.050	
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	8

Potwierdzam, że powyższe informacje są poprawne według mojej najlepszej wiedzy.

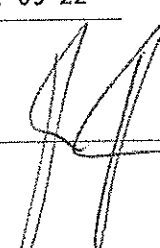
I affirm that the information given above is correct to the best of my knowledge.

Miasto / City LUBAŃ

Data / Date 2021-09-22

Nazwisko / Name PAUL STANEK

Podpis / Signature



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 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)	4.005 Kod Basic UDI-DI, jeżeli został nadany / Basic UDI-DI code, if applicable	4.006 Nazwa rodzajowa wyrobu / Generic device name 3)
	Descosept Spezial		Descosept Spezial
	Descosept Sensitive		Descosept Sensitive
	Descosept Pur		Descosept Pur
	Cleanisept		Cleanisept
	Biguanid Fläche N		Biguanid Fläche N
	Optisal N		Optisal N
	Optisal PLUS		Optisal PLUS
	Ultrasol Active		Ultrasol Active
	Instru Plus	42600686200104GW	Instru Plus
	Perfektan extra		Perfektan extra
	Plurazyme extra		Plurazyme extra
	Perfektan Enzyme		Perfektan Enzyme
	Perfektan TB		Perfektan TB
	Perfektan Endo		Perfektan Endo
	Perfektan NEU		Perfektan NEU
	Perfektan active		Perfektan active

Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych,
Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych
Kancelaria Główna
2021-09-23

Nr
Ilość załączników
Podpis prawnik
4

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 wyrobu1 / Generic device name 3)	4.007 Numer identyfikacyjny jednostki notyfikowanej, jeżeli dotyczy / Identification number of the notified body, if applicable
	Descoton Extra		Descoton Extra	0482
	Descoton 2% GDA		Descoton 2% GDA	0482
	Orange Solvent	42600686200805J3	Orange Solvent	0482
	Thermo Clear		Thermo Clear	0482

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 LUBAŃ Data / Date 2021-09-22

Nazwisko / Name PAUL STANEK Podpis / Signature 

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 (producenta)

- jednego autoryzowanego przedstawiciela (upoważnionego przedstawiciela), jeżeli ich wytwórca (producenta) 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.

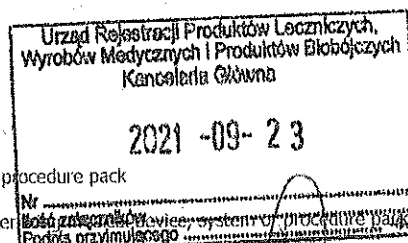
3) Nazwa handlowa wyrobu jest nazwą umożliwiająca jednoznaczne zdefiniowanie urządzenia w ramach np. maski, rękawic, strzykawki

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 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 (badanie działania) / Organization 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 activity	



C. Identyfikacja wytwórcy (producenta) / Identification of the manufacturer	
1.013 Numer referencyjny / Reference number	1.014 Kod kraju / Country code DE
1.015 Nazwa wytwórcy (producenta), pełna / Name of the manufacturer, in full DR. SCHUMACHER GMBH	
1.016 Nazwa wytwórcy (producenta), skrócona / Name of the manufacturer, abbreviated	
1.017 Miasto / City Malsfeld	1.018 Kod pocztowy / Postal code 34323
1.019 Ulica, nr / Street, no. Am Roggenfeld 3	1.020 Skrytka pocztowa / PO Box
Osoba do kontaktu / Contact person	
1.021 Imię i nazwisko / Full name Michael Pfaffenbach	1.022 Telefon / Phone +49 5664 9496-6502
1.023 E-mail Michael.Pfaffenbach@schumacher-online.com	1.024 Faks / Fax +49 5664 8444

D. Identyfikacja autoryzowanego przedstawiciela (upoważnionego przedstawiciela) / Identification of the authorized representative	
1.025 Numer referencyjny / Reference number	1.026 Kod kraju / Country code
1.027 Nazwa autoryzowanego przedstawiciela (upoważnionego przedstawiciela), pełna / Name of the authorized representative, in full	
1.028 Nazwa autoryzowanego przedstawiciela (upoważnionego 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 DR. SCHUMACHER SP. Z O.O.		
1.041 Nazwa importera lub dystrybutora, skrócona / Name of the importer or distributor, abbreviated		
1.042 Miasto / City LUBAŃ	1.043 Kod pocztowy / Postal code 59-800	
1.044 Ulica, nr / Street, no. JELENIÓGÓRSKA 12	1.045 Skrytka pocztowa / PO Box	
Osoba do kontaktu / Contact person		
1.046 Imię i nazwisko / Full name MAGDALENA GÓRNA	1.047 Telefon / Phone +48 75 6466200	
1.048 E-mail Magdalena.Gorna@schumacher-online.com	1.049 Faks / Fax	


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	
1.050	
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	20

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 LUBAŃ

Data / Date 2021-09-22

Nazwisko / Name PAUL STANEK

Podpis / Signature 

Wir schützen
Ihre Gesundheit.



Dr. Schumacher

**DECLARATION OF CONFORMITY
DEKLARACJA ZGODNOŚCI**

Firma

We, the company

**Dr. Schumacher GmbH
Am Roggenfeld 3
D-34323 Malsfeld**

niniejszym oświadczamy na własną
odpowiedzialność, że produkt(y):

hereby declare in our own responsibility that the
device(s):

**DESCOCEPT SENSITIVE WIPES
(GMDN: 58077)**

**DESCOCEPT SENSITIVE WIPES
(GMDN: 58077)**

00-323DS-T010 (10 TÜCHER)
00-323DS-T100 / 00-323DS-T100-91 (100 T.)
00-323DS-T100-92 / 00-323DS-T100-93 (100 T.)
00-323DS-T100E1 / 00-323DS-T100E3 (100 T.)
00-323DS-T100EXP1 (100 TÜCHER)

00-323DS-T010 (10 WIPES)
00-323DS-T100 / 00-323DS-T100-91 (100 W.)
00-323DS-T100-92 / 00-323DS-T100-93 (100 W.)
00-323DS-T100E1 / 00-323DS-T100E3 (100 W.)
00-323DS-T100EXP1 (100 WIPES)

*jest/są zgodne z aneksem I następującej
dyrektywy:*

is/are in compliance with annex I of the following
directive:

*Dyrektywa Rady 93/42 /EEC z dnia 14 czerwca
1993 r. dotycząca wyrobów medycznych.*

*Council Directive 93/42/EEC of 14th June 1993
concerning medical devices.*

Procedura Oceny Zgodności
zgodnie z załącznikiem II do
Dyrektywy Rady wymienionej powyżej

Conformity Assessment Procedure
According to annex II of the
Council Directive named above

Klasyfikacja
zgodnie z IX aneksem
Dyrektywy Rady nazwanej powyżej:
Klasa II a

Classification
according to annex IX of the
Council Directive named above:
Class II a

Powiadomiony Urząd:
Medcert GmbH
Pilatuspool 2
20355 Hamburg
Numer identyfikacyjny: 0482

Notified Body:
Medcert GmbH
Pilatuspool 2
20355 Hamburg
Identification number: 0482

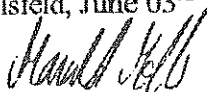
Standardy Referencyjne
Obowiązujące normy są częścią dokumentacji
technicznej i można sprawdzić na żądanie.

Reference Standards
Applicable standards are part of the
Technical Documentation and
can be looked up upon request.

Ważność
Najpóźniej do 11.06.2023, jeżeli nie będzie żadnych
istotnych modyfikacji produktu

Validity
Until 11.06.2023 at the latest, if there will be
no relevant modifications to the product.

Malsfeld, June 03rd 2020


Dr. Manfred Möller
Quality Management

Dr. Schumacher GmbH
Am Roggenfeld 3
34323 Malsfeld
Postfach 11 62
34201 Melsungen
T +49 5664 9496-0
F +49 5664 8444
info@schumacher-online.com
Amtsgericht Fritzlar
HRB 11035
USt-IdNr.: DE 113 367 704

Geschäftsführung:
Dierk Schumacher
Jens Schumacher
Dr. Klaus Ruhnau

Commerzbank Kassel
IBAN: DE56 5204 0021 0260 3165 00
BIC: COBADEFFXXX
HypoVereinsbank Freiburg
IBAN: DE43 6802 0186 0387 3325 61
BIC: HYVEDEMM357

DZ BANK AG
IBAN: DE28 3006 0010 0000 2291 12
BIC: GENODED3



PREZES

Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych,
Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych

Warszawa, 04-03-2022 r.

Nr PB.8803/22

Dr. Schumacher GmbH
Am Roggenfeld 3
34323 Malsfeld
Niemcy

DECYZJA

Na podstawie art. 19 ust. 1 i art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 9 października 2015 r. o produktach biobójczych (Dz. U. z 2021 r. poz. 24) wydaje się

pozwolenie nr 8803/22 na obrót produktem biobójczym
Descosept Sensitive Wipes

1. Nazwa produktu biobójczego:

Descosept Sensitive Wipes

2. Grupa produktowa, postać użytkowa produktu biobójczego i jego przeznaczenie:

kat. 1, gr. 2, kat. 1, gr. 4. wg załącznika V do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 528/2012 z dnia 22 maja 2012 r. w sprawie udostępniania na rynku i stosowania produktów biobójczych, (Dz. Urz. UE L 167 z 27.06.2012 r., str. 1, z późn. zm.);
Chusteczki nasączone płynem, gotowe do użycia, na bazie alkoholu do dezynfekcji wszelkiego rodzaju powierzchni, także tych mających kontakt z żywnością. Dezynfekcja powierzchni: działanie bakteriobójcze, drożdżakobójcze, prątkobójcze w tym bójcze wobec prątków gruźlicy, wirusobójcze wobec wszystkich wirusów otoczkowych, ograniczone działanie wirusobójcze wobec MVA, adenowirusa, MNV i rotawirusa.

3. Imię i nazwisko oraz adres albo nazwa (firma) oraz adres siedziby podmiotu odpowiedzialnego:

Dr. Schumacher GmbH, Am Roggenfeld 3, 34323 Malsfeld, Niemcy

4. Chemiczna nazwa substancji czynnej lub substancji czynnych (lub inna pozwalająca na ustalenie tożsamości substancji czynnej), oraz jej zawartość w produkcie biobójczym w jednostkach metrycznych, jej numer WE i numer CAS:

Substancja czynna	WE	CAS	Zawartość
etanol	200-578-6	64-17-5	45 g/100g płynu

5. Imię i nazwisko oraz adres albo nazwa (firma) oraz adres siedziby wytwórcy produktu biobójczego:

Dr. Schumacher Sp. z o.o., Jeleniogórska 12, 59-800 Lubań

6. Rodzaj opakowania:

saszetka z zamknięciem (poli(tereftalan etylenu) (PET))

DRB-RBN.420.423.2020.JKu

7. Okres ważności produktu biobójczego:

36 miesięcy od daty produkcji

8. Informacja o rodzaju użytkownika:

Produkt nie jest przeznaczony do powszechnego stosowania

9. Inne postanowienia decyzji:

Treść oznakowania opakowania stanowi załącznik do niniejszej decyzji.

Pozwolenie zachowuje ważność do dnia 2024-12-31

UZASADNIENIE

Od uzasadnienia niniejszej decyzji odstąpiono na podstawie art. 107 § 4 Kodeksu postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2021 r., poz. 735 z późn. zm.) ponieważ uwzględnia ona w całości żądanie strony.

Pouczenie:

Od niniejszej decyzji, na podstawie art. 127 § 3 i art. 129 § 2 ustawy z dn. 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2021 r., poz. 735 z późn. zm., dalej: kpa), stronie służy prawo do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy do Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, w terminie 14 dni od dnia doręczenia decyzji.

Jeżeli strona nie chce skorzystać z prawa do zwrócenia się z wnioskiem o ponowne rozpatrzenie sprawy może, na podstawie art. 52 § 3 w zw. art. 53 § 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (Dz. U. z 2019 r., poz. 2325 ze zm., dalej: p.p.s.a.), wnieść do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie skargę na decyzję w terminie 30 dni od dnia doręczenia decyzji. Skargę, na podstawie art. 54 § 1 p.p.s.a. wnosi się za pośrednictwem Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. Wpis od skargi wynosi 200 złotych. Na podstawie art. 243 § 1 w zw. z art. 244 § 1 p.p.s.a. strona może złożyć wniosek do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego o przyznanie prawa pomocy w zakresie zwolnienia od kosztów sądowych oraz ustanowienia adwokata, radcy prawnego.

Na podstawie art. 127a § 1 i 2 w zw. z art. 127 § 3 kpa w trakcie biegu terminu do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy strona może zrzec się prawa do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenia sprawy. Z dniem doręczenia organowi administracji publicznej oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, decyzja staje się ostateczna i prawomocna.

Grzegorz Cessak

Prezes

/dokument podpisany elektronicznie/

Załączniki:

1. Treść oznakowania opakowania w języku polskim

Otrzymują:

1. Strona reprezentowana przez pełnomocnika: Elżbieta Lipska, (Artemisa d.o.o. Sp. z o.o. Oddział w Polsce), ul. Puławska 176b m. 21, 02-670 Warszawa

2. a/a

Descosept Sensitive Wipes

Wyłącznie do zastosowań profesjonalnych.

Gotowe do użycia chusteczki na bazie alkoholu do dezynfekcji wszelkiego rodzaju powierzchni, także tych mających kontakt z żywnością.

Zakres skuteczności i czas kontaktu: Działanie bakteriobójcze, drożdżakobójcze: 2 min. Bójcze wobec prątków gruźlicy: 30 sek., prątkobójcze: 1 min, wirusobójcze wobec wszystkich wirusów otoczkowych: 30 sek. ograniczone działanie wirusobójcze wobec MVA, adenowirusa, MNV, rotawirusa: 3 min.

Stosowanie: Powierzchnie wytrzeć chusteczkami Descosept Sensitive Wipes w taki sposób, aby były całkowicie pokryte roztworem. Powierzchnie powinny być wilgotne przez cały czas kontaktu. Stosować na powierzchnie czyste. Po użyciu dokładnie zamknąć opakowanie oraz nie używać chusteczki jeżeli jest sucha.

Substancja czynna: etanol 45g/100g płynu nasączającego

Zwroty wskazujące środki ostrożności i zagrożenia:

UWAGA

Łatwopalna ciecz i pary. W razie konieczności zasięgnięcia porady lekarza należy pokazać pojemnik lub etykietę. Chronić przed dziećmi. Przechowywać z dala od źródeł ciepła, gorących powierzchni, źródeł iskrzenia, otwartego ognia i innych źródeł zapłonu. Nie palić. W PRZYPADKU DOSTANIA SIĘ DO OCZU: Ostrożnie płukać wodą przez kilka minut. Wyjąć soczewki kontaktowe, jeżeli są i można je łatwo usunąć. Nadal płukać. Zawartość/pojemnik usuwać do zatwierdzonych przedsiębiorstw zbierania lub usuwania odpadów.

Postać użytkowa produktu: chusteczki nasączone płynem

Podmiot odpowiedzialny: Dr. Schumacher GmbH, Am Roggenfeld 3, 34323 Malsfeld, Niemcy, tel: +49 (0) 5664/9496-0

Pierwsza pomoc:

Leczenie objawowe.

Wskazówki ogólne

Zabrudzone, przesiąknięte produktem ubranie należy natychmiast zdjąć. W przypadku złego samopoczucia zasięgnąć porady lekarskiej.

W przypadku wdychania

Jeśli na skutek nieszczęśliwego wypadku, osoba poszkodowana wdychała opary lub produkty rozkładu, należy przenieść taką osobę na świeże powietrze. W przypadku wystąpienia dolegliwości należy poddać się opiece lekarskiej.

W przypadku kontaktu z oczami

Oczy należy natychmiast przemyć dużą ilością wody przez minimum 15 minut, również pod powiekami. Jeśli podrażnienie oczu nie ustępuje należy zasięgnąć specjalistycznej porady lekarskiej.

W przypadku połknięcia

Nie wywoływać wymiotów. Natychmiast wezwać lekarza.

Decyzję o pobudzeniu do wymiotów powinien podjąć lekarz.

Skutki uboczne: Przy kontakcie z oczami może wystąpić podrażnienie. Wdychanie oparów w wysokich stężeniach może wywoływać efekt narkotyczny. Powtórny lub nieprzerwany kontakt może spowodować podrażnienia skóry i dermatitis ze względu na odtłuszczające właściwości produktu.

Przechowywanie produktu:

Pojemnik należy przechowywać szczelnie zamknięty.

Zapewnić odpowiednie wentrowienie.

Unikać kontaktu produktu ze oczami i ubraniem.

Przechowywać szczelnie zamknięte w suchym, chłodnym, i dobrze wentylowanym miejscu.

Usuwanie:

Puste opakowania należy oddać do miejscowego zakładu ponownego użytkowania, odzysku lub usuwania odpadów.

Opakowania nie nadające się do oczyszczenia podlegają usunięciu w taki sam sposób jak materiał.

Numer pozwolenia.

Zawartość:

Numer serii

Data produkcji:

Data ważności: 36 miesięcy od daty produkcji

Grzegorz Cessak
Prezes
/dokument podpisany elektronicznie/