



Zabrze, dn. 20 grudnia 2023 r.

Nr postępowania: IZP.2411.274.2023.MMO

## OFERTA

**Dotyczy: Zakup wraz z dostawą wyrobów medycznych dla Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach.**

**WYKONAWCA:**

**ZARYS International Group spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka**

**komandytowa**

**Ul. Pod Borem 18**

**41-808 Zabrze**

**ZAMAWIAJĄCY:**

**Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach**

**ul. Artwińskiego 3**

**25-734 Kielce**



Zabrze, dn. 20 grudnia 2023 r.

## **SPIS ZAWARTOŚCI OFERTY**

1. OFERTA
2. SPIS ZAŁĄCZNIKÓW
3. FORMULARZ OFERTOWY
4. FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY
5. OŚWIADCZENIA WYKONAWCY
6. ODPIS Z KRS
7. MATERIAŁY INFORMACYJNE
8. DOKUMENTY DOPUSZCZAJĄCE
9. WNIOSEK WYKONAWCY
10. PEŁNOMOCNICTWO

**DRUK OFERTY**

**Dot. postępowania na „Zakup wraz z dostawą wyrobów medycznych dla Kliniki Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach”**

**nr sprawy: IZP.2411.274.2023.MMO**

**1. Dane Wykonawcy:**

ZARYS International Group spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka komandytowa

ul. Pod Borem 18 kod pocztowy, miasto 41-808 Zabrze

województwo śląskie kraj Polska

tel 32 376 07 20 e-mail przetargi@zarys.pl

REGON 273295877 NIP 6481997718

W przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej umowę w imieniu firmy podpiszą:

Robert Żywczyk - Prokurent

**(imię, nazwisko, stanowisko)**

**2. Dane Wykonawcy:**

.....  
.....

ul. .... kod pocztowy, miasto

.....

województwo ..... kraj .....

.....

tel ..... e-mail .....

REGON ..... NIP .....

3. Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w pełnym rzeczowym zakresie objętym Specyfikacją warunków zamówienia za cenę całkowitą ustaloną zgodnie z formularzem cenowym tj.:

**Pakiet nr 1**

Netto 45 300,00 zł. Słownie czterdzieści pięć tysięcy trzysta złotych 00/100

+ VAT 3 624,00 zł

Brutto 48 924,00 zł. , słownie czterdzieści osiem tysięcy dziewięćset dwadzieścia cztery złote 00/100

**Termin płatności - przelew do /min. 30 – max 60 dni/ 60 dni od daty wystawienia faktury**

**Pakiet nr 2**

Netto..... zł. słownie.....

+ VAT.....

Brutto ..... zł. , słownie .....

~~Termin płatności przelew do /min. 30 – max 60 dni/ ..... dni od daty wystawienia faktury~~

2. Oświadczamy, że podane w Ofercie ceny są całkowite i zawierają wszelkie koszty, jakie poniesie Zamawiający z tytułu realizacji Umowy.

3. Oświadczamy, że oferujemy stałość cen w trakcie trwania umowy.

4. Oświadczamy, że wszystkie złożone przez nas dokumenty są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

5. Oświadczamy, że:<sup>1</sup>

1) wybór oferty nie będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego,\*

~~2) wybór oferty będzie prowadził do powstania u Zamawiającego obowiązku podatkowego, w związku z czym przedstawiamy informacje dotyczące nazwy (rodzaju) towaru lub usługi, których dostawa lub świadczenie będzie prowadzić do powstania obowiązku podatkowego oraz wskazujemy ich wartość bez kwoty podatku:\*~~

Lp.	Nazwa (rodzaj) towaru lub usługi	Wartość netto towaru lub usługi
<del>1.</del>		
<del>2.</del>		

\* **niepotrzebne skreślić**

6. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z dokumentacją dotyczącą niniejszego Postępowania, uzyskaliśmy wszelkie informacje niezbędne do przygotowania oferty i właściwego wykonania zamówienia publicznego oraz przyjmujemy warunki określone w SWZ i nie wnosimy w stosunku do nich żadnych zastrzeżeń. Jednocześnie uznajemy się związani określonymi w dokumentacji Postępowania wymaganiami i zasadami postępowania i zobowiązujemy się do wykonania przedmiotu zamówienia zgodnie z określonymi warunkami.

7. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na okres określony w SWZ.

8. Oświadczamy, że Wzór umowy oraz zawarte w nim warunki realizacji, w tym terminy wykonania zamówienia i warunki płatności zostały przez nas zaakceptowane.

9. Oświadczamy, iż w przypadku uzyskania zamówienia:

- całość prac objętych zamówieniem wykonam siłami własnymi\*,
- ~~zaangażujemy podwykonawców do realizacji przedmiotu zamówienia\*:~~

.....  
.....

(w przypadku korzystania z usług podwykonawcy wskazać dokładne nazwy/firmy podwykonawców oraz zakres powierzonych im zadań)

\* **niepotrzebne skreślić**

<sup>1</sup> Wykonawca zobowiązany jest do złożenia oświadczenia w tym zakresie, stosownie do treści art. 91 ust. 3a ustawy Pzp.

10. Wielkość przedsiębiorstwa:

Mikroprzedsiębiorstwo	Małe przedsiębiorstwo	Średnie Przedsiębiorstwo	Duże przedsiębiorstwo
			<b>X</b>
<b>Należy dokonać wyboru jednego wariantu poprzez wpisanie „TAK” lub umieszczenie symbolu „X”</b>			

11. Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO<sup>2</sup> wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu<sup>3</sup>.

12. Rodzaj podpisu, za pomocą którego podpisano dokumenty ofertowe (wypełnienie nieobowiązkowe):

Kwalifikowany podpis elektroniczny	Podpis zaufany	Podpis osobisty tzn. zaawansowany podpis elektroniczny
<b>X</b>		
<b>Należy dokonać wyboru jednego wariantu poprzez wpisanie „TAK” lub umieszczenie symbolu „X”</b>		

13. Osobą odpowiedzialną za realizację wykonania zamówienia jest Pani/Pan:

Ewelina Płazak

Adres Pod Borem 18, 41-808 Zabrze

Telefon 32 376 07 63; fax 32 376 07 07; e-mail zamowienia@zarys.pl.

<sup>2</sup> 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

<sup>3</sup> W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

**Pakiet 1: Staza jednorazowa bezlateksowa, pakowana w zwój – Działy Medyczne**

1	2	3	4	5	6	7	8
Lp.	Asortyment	Nazwa producenta	ilość zwojów	Cena jedn.netto/zł	Wartość netto zł (kolumna 4x5)	VAT %	Wartość brutto zł (kolumna 6+7)
1	Staza jednorazowa bezlateksowa, szer. ok. 25 mm, dł. 45 cm, pakowane w zwój (zwój ma zawierać co najmniej 25 szt. staz).	ZARYS	10 000	4,53 zł	45 300,00 zł	8%	48 924,00 zł
	<b>RAZEM:</b>	X	X	X	45 300,00 zł	X	48 924,00 zł

**Wymagana próbka - 1 zwój.**

**Termin ważności na materiały sterylne minimum 2 lata od daty dostawy do Zamawiającego.**

SWZ

Wykonawca:

ZARYS International Group spółka  
z ograniczoną odpowiedzialnością  
spółka komandytowa  
ul. Pod Borem 18, 41-808 Zabrze  
NIP 6481997718 KRS 0000540772

*(pełna nazwa/firma, adres,  
NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*  
reprezentowany przez:

**Sandra Urbańczyk, podstawa do  
reprezentacji - pełnomocnictwo**

*(imię, nazwisko, stanowisko /  
podstawa do reprezentacji)*

#### Oświadczenie Wykonawcy

uwzględniające przesłanki wykluczenia z art. 7 ust. 1 ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego

składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.  
Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),

#### DOTYCZĄCE PODSTAW DO WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. „Zakup wraz z dostawą wyrobów medycznych dla Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach” IZP.2411.274.2023.MMO, oświadczam, co następuje:

#### OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust 1 ustawy Pzp.

~~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). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:~~

.....  
.....

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)<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 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:

### **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.

- 
- 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.



## WYKAZ ZAŁĄCZONYCH DO OFERTY PRÓBEK

NAZWA/ADRES WYKONAWCY SKŁADAJĄCEGO PRÓBK

ZARYS International Group

spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka komandytowa

ul. Pod Borem 18, 41-808 Zabrze

NIP 6481997718 KRS 0000540772

Lp.	Nazwa artykułu	Producent	Ilość	Pakiet nr .... Poz. nr ....	Uwagi
1	Staza bezlategsowa	ZARYS	1	PAKIET NR 1 POZYCJA NR 1	-

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 22.11.2023 godz. 10:21:58

**Numer KRS: 0000540772****Informacja odpowiadająca odpisowi aktualnemu  
Z REJESTRU PRZEDSIĘBIORCÓW**

Data rejestracji w Krajowym Rejestrze Sądowym		26.01.2015	
Ostatni wpis	Numer wpisu	28	Data dokonania wpisu
	Sygnatura akt	RDF/561700/23/836	
	Oznaczenie sądu	SYSTEM	

**Dział 1**

Rubryka 1 - Dane podmiotu	
1.Oznaczenie formy prawnej	SPÓŁKA KOMANDYTOWA
2.Numer REGON/NIP	REGON: 273295877, NIP: 6481997718
3.Firma, pod którą spółka działa	ZARYS INTERNATIONAL GROUP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA
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. ŚLĄSKIE, powiat ZABRZE, gmina ZABRZE, miejsc. ZABRZE
2.Adres	ul. POD BOREM, nr 18, lok. ---, miejsc. ZABRZE, kod 41-808, poczta ZABRZE, kraj POLSKA
3.Adres poczty elektronicznej	-----
4.Adres strony internetowej	-----

Rubryka 3 - Oddziały	
Brak wpisów	

Rubryka 4 - Informacje o umowie		
1.Informacje o zawarciu lub zmianie umowy spółki	1	16.12.2014 R., NOTARIUSZ AGNIESZKA KACZMARCZYK, KANCELARIA NOTARIALNA W BIELSKU-BIAŁEJ, REP. A NR 12648/2014
	2	30.12.2020 R., NOTARIUSZ KRZYSZTOF MIKA, KANCELARIA NOTARIALNA W BIELSKU-BIAŁEJ, REP. A NR 5611/2020 - PRZYJĘTO NOWĄ TREŚĆ UMOWY SPÓŁKI

## Rubryka 5

1.Czas, na jaki została utworzona spółka	NIEOZNACZONY
--	--------------

## Rubryka 6 - Sposób powstania spółki

1.Określenie okoliczności powstania	PRZEKSZTAŁCENIE
2.Opis sposobu powstania spółki oraz informacja o uchwale	UCHWAŁA NADZWYCZAJNEGO ZGROMADZENIA WSPÓLNIKÓW SPÓŁKI GÓRNOŚLĄSKA CENTRALA ZAOPATRZENIA MEDYCZNEGO "ZARYS" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ Z DNIA 16 GRUDNIA 2014 R. W SPRAWIE PRZEKSZTAŁCENIA SPÓŁKI KAPITAŁOWEJ W SPÓŁKĘ OSOBOWĄ NA ZASADZIE ART. 575 I NAST. KODEKSU SPÓŁEK HANDLOWYCH TJ. SPÓŁKI GÓRNOŚLĄSKA CENTRALA ZAOPATRZENIA MEDYCZNEGO "ZARYS" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, W ZARYS INTERNATIONAL GROUP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA.

## Podrubryka 1

## Podmiot, z którego powstała spółka

1	1.Nazwa lub firma	GÓRNOŚLĄSKA CENTRALA ZAOPATRZENIA MEDYCZNEGO "ZARYS" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ,-----
	2.Kraj i nazwa rejestru lub ewidencji, w którym podmiot był zarejestrowany	KRAJOWY REJESTR SĄDOWY
	3.Numer w rejestrze albo ewidencji	0000109373
	4.Nazwa sądu prowadzącego rejestr albo organu prowadzącego ewidencję	*****
	5.Numer REGON	273295877
	6.Numer NIP	6481997718

## Rubryka 7 - Dane wspólników

1	1.Nazwisko / Nazwa lub firma	ZARYS INTERNATIONAL GROUP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
	2.Imiona	*****
	3.Numer PESEL/REGON lub data urodzenia	360127180
	4.Numer KRS	0000529606
	5.Czy wspólnik pozostaje w związku małżeńskim?	*****
	6.Czy została zawarta małżeńska umowa majątkowa?	*****
	7.Czy powstała rozdzielnosc majątkowa między małżonkami ?	*****
	8.Czy wspólnik ma ograniczoną zdolność do czynności prawnych?	*****
	9.Czy wspólnik jest komandytariuszem?	NIE
	10.Wysokość sumy komandytowej	*****
	11.Wartość wkładu umówionego	*****
	12.Czy jest w tym wkład niepieniężny?	*****

Podrubryka 1  
Wkład wniesiony

Brak wpisów

## Podrubryka 2

## Wkład zwrócony

Brak wpisów

2	1.Nazwisko / Nazwa lub firma	OSSOWSKI INVESTMENT SPÓŁKA KOMANDYTOWO-AKCYJNA
	2.Imiona	*****
	3.Numer PESEL/REGON lub data urodzenia	362529906
	4.Numer KRS	0000576711
	5.Czy wspólnik pozostaje w związku małżeńskim?	*****
	6.Czy została zawarta małżeńska umowa majątkowa?	*****
	7.Czy powstała rozdzielnosc majątkowa między małżonkami ?	*****
	8.Czy wspólnik ma ograniczoną zdolność do czynności prawnych?	*****
	9.Czy wspólnik jest komandytariuszem?	TAK
	10.Wysokość sumy komandytowej	5.000,00 ZŁ
	11.Wartość wkładu umówionego	30.690.813,65 ZŁ
	12.Czy jest w tym wkład niepieniężny?	TAK
Podrubryka 1 Wkład wniesiony		
1	1.Wartość wkładu wniesionego	30.690.813,65 ZŁ
	2.Czy jest to wkład niepieniężny?	TAK
Podrubryka 2 Wkład zwrócony		
Brak wpisów		
3	1.Nazwisko / Nazwa lub firma	OSSOWSKI
	2.Imiona	JACEK RADOSŁAW
	3.Numer PESEL/REGON lub data urodzenia	61020902336, -----
	4.Numer KRS	*****
	5.Czy wspólnik pozostaje w związku małżeńskim?	TAK
	6.Czy została zawarta małżeńska umowa majątkowa?	TAK
	7.Czy powstała rozdzielnosc majątkowa między małżonkami ?	TAK
	8.Czy wspólnik ma ograniczoną zdolność do czynności prawnych?	NIE
	9.Czy wspólnik jest komandytariuszem?	NIE
	10.Wysokość sumy komandytowej	*****
	11.Wartość wkładu umówionego	*****
	12.Czy jest w tym wkład niepieniężny?	*****
Podrubryka 1 Wkład wniesiony		
Brak wpisów		

Podrubryka 2 Wkład zwrócony
Brak wpisów

## Dział 2

Rubryka 1 - Uprawnieni do reprezentowania spółki		
1.Nazwa organu uprawnionego do reprezentowania podmiotu	WSPÓLNICY REPREZENTUJĄCY SPÓŁKĘ	
2.Sposób reprezentacji podmiotu	KAŻDY WSPÓLNIK KOMPLEMENTARIUSZ UPRAWNIONY JEST DO SAMODZIELNEJ REPREZENTACJI SPÓŁKI	
Podrubryka 1 Dane wspólników reprezentujących spółkę		
1	1.Nazwisko / Nazwa lub Firma	ZARYS INTERNATIONAL GROUP SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
	2.Imiona	*****
	3.Numer PESEL/REGON lub data urodzenia	360127180
	4.Numer KRS	0000529606
2	1.Nazwisko / Nazwa lub Firma	OSSOWSKI
	2.Imiona	JACEK RADOŚLAW
	3.Numer PESEL/REGON lub data urodzenia	61020902336, -----
	4.Numer KRS	****

## Rubryka 2 - Nie dotyczy

Brak wpisów

## Rubryka 3 - Prokurenci

1	1.Nazwisko	ŻYWCIYK
	2.Imiona	ROBERT JAN
	3.Numer PESEL lub data urodzenia	64100605071, -----
	4.Rodzaj prokury	SAMOISTNA

## Dział 3

Rubryka 1 - Przedmiot działalności		
1.Przedmiot przeważającej działalności przedsiębiorcy	1	46, 46, Z, SPRZEDAŻ HURTOWA WYROBÓW FARMACEUTYCZNYCH I MEDYCZNYCH
2.Przedmiot pozostałej działalności przedsiębiorcy	1	13, 92, Z, PRODUKCJA GOTOWYCH WYROBÓW TEKSTYLNYCH
	2	22, 22, Z, PRODUKCJA OPAKOWAŃ Z TWORZYW SZTUCZNYCH
	3	32, 50, Z, PRODUKCJA URZĄDZEŃ, INSTRUMENTÓW ORAZ WYROBÓW MEDYCZNYCH, WŁĄCZAJĄC DENTYSTYCZNE
	4	46, 75, Z, SPRZEDAŻ HURTOWA WYROBÓW CHEMICZNYCH
	5	47, 73, Z, SPRZEDAŻ DETALICZNA WYROBÓW FARMACEUTYCZNYCH PROWADZONA W WYSPECJALIZOWANYCH SKLEPACH

6	47, 74, Z, SPRZEDAŻ DETALICZNA WYROBÓW MEDYCZNYCH, WŁĄCZAJĄC ORTOPEDYCZNE, PROWADZONA W WYSPECJALIZOWANYCH SKLEPACH
7	70, 22, Z, POZOSTAŁE DORADZTWO W ZAKRESIE PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ I ZARZĄDZANIA
8	82, 92, Z, DZIAŁALNOŚĆ ZWIĄZANA Z PAKOWANIEM
9	82, 99, Z, POZOSTAŁA DZIAŁALNOŚĆ WSPOMAGAJĄCA PROWADZENIE DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ, GDZIE INDZIEJ NIESKLASYFIKOWANA

### 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	19.04.2016	OD 26.01.2015 DO 31.12.2015
	2	25.05.2017	OD 01.01.2016 DO 31.12.2016
	3	19.04.2018	OD 01.01.2017 DO 31.12.2017
	4	22.05.2019	OD 01.01.2018 DO 31.12.2018
	5	23.04.2020	OD 01.01.2019 DO 31.12.2019
	6	14.01.2022	OD 01.01.2020 DO 31.12.2020
	7	28.03.2023	OD 01.01.2021 DO 31.12.2021
	8	12.09.2023	OD 01.01.2022 DO 31.12.2022
2.Wzmianka o złożeniu opinii biegłego rewidenta / sprawozdania z badania rocznego sprawozdania finansowego	1	*****	OD 26.01.2015 DO 31.12.2015
	2	*****	OD 01.01.2016 DO 31.12.2016
	3	*****	OD 01.01.2017 DO 31.12.2017
	4	*****	OD 01.01.2018 DO 31.12.2018
	5	*****	OD 01.01.2019 DO 31.12.2019
	6	*****	OD 01.01.2020 DO 31.12.2020
	7	*****	OD 01.01.2021 DO 31.12.2021
	8	*****	OD 01.01.2022 DO 31.12.2022
3.Wzmianka o złożeniu uchwały lub postanowienia o zatwierdzeniu rocznego sprawozdania finansowego	1	*****	OD 26.01.2015 DO 31.12.2015
	2	*****	OD 01.01.2016 DO 31.12.2016
	3	*****	OD 01.01.2017 DO 31.12.2017
	4	*****	OD 01.01.2019 DO 31.12.2019
	5	*****	OD 01.01.2020 DO 31.12.2020
	6	*****	OD 01.01.2021 DO 31.12.2021
	7	*****	OD 01.01.2022 DO 31.12.2022
4.Wzmianka o złożeniu sprawozdania z działalności podmiotu	1	*****	OD 01.01.2017 DO 31.12.2017
	2	*****	OD 01.01.2018 DO 31.12.2018
	3	*****	OD 01.01.2019 DO 31.12.2019
	4	*****	OD 01.01.2020 DO 31.12.2020

### 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
--

Brak wpisów
-------------

#### 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 podmiotu
---

Brak wpisów
-------------

Rubryka 3 - Informacje o połączeniu lub przekształceniu spółki
--

Brak wpisów
-------------

Rubryka 4 - Informacja o postępowaniu upadłościowym
---

Brak wpisów
-------------

Rubryka 5 - Informacja o postępowaniu układowym
---

Brak wpisów

Rubryka 6 - Informacje o postępowaniach restrukturyzacyjnych, o postępowaniu naprawczym lub o przymusowej restrukturyzacji

Brak wpisów

Rubryka 7 - Informacja o zawieszeniu działalności gospodarczej

Brak wpisów

data sporządzenia wydruku 22.11.2023

adres strony internetowej, na której są dostępne informacje z rejestru: [ekrs.ms.gov.pl](https://ekrs.ms.gov.pl)



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 22.11.2023 godz. 10:23:22

**Numer KRS: 0000529606****Informacja odpowiadająca odpisowi aktualnemu  
Z REJESTRU PRZEDSIĘBIORCÓW**

Data rejestracji w Krajowym Rejestrze Sądowym		30.10.2014		
Ostatni wpis	Numer wpisu	35	Data dokonania wpisu	09.03.2023
	Sygnatura akt	RDF/471667/23/993		
	Oznaczenie sądu	SYSTEM		

**Dział 1**

Rubryka 1 - Dane podmiotu	
1.Oznaczenie formy prawnej	SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
2.Numer REGON/NIP	REGON: 360127180, NIP: 5472152091
3.Firma, pod którą spółka działa	ZARYS INTERNATIONAL GROUP 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. ŚLĄSKIE, powiat M. BIELSKO-BIAŁA, gmina M. BIELSKO-BIAŁA, miejsc. BIELSKO-BIAŁA
2.Adres	ul. KARPACKA, nr 24, lok. 12, miejsc. BIELSKO-BIAŁA, kod 43-316, poczta BIELSKO-BIAŁA, 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	29.10.2014
	2	11 STYCZNIA 2016 ROKU, REPERTORIUM "A" NUMER 156/2016 NOTARIUSZ JAN SZYMAŃSKI, KANCELARIA NOTARIALNA MARZENA KUBACKA-FILAS, JAN SZYMAŃSKI SPÓŁKA CYWILNA W ZABRZU PRZY UL. 3 MAJA 20 - ZMIANA § 14 ORAZ § 16 UMOWY

### 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	OSSOWSKI
	2.Imiona	JACEK RADOSŁAW
	3.Numer PESEL/REGON lub data urodzenia	61020902336, -----
	4.Numer KRS	*****
	5.Posiadane przez wspólnika udziały	99 UDZIAŁÓW O ŁĄCZNEJ WARTOŚCI 4.950,00 ZŁOTYCH
	6.Czy wspólnik posiada całość udziałów spółki?	NIE

### Rubryka 8 - Kapitał spółki

1.Wysokość kapitału zakładowego	5 000,00 Zł
Podrubryka 1 Informacja o wniesieniu aportu	
Brak wpisów	

### Rubryka 9 - Nie dotyczy

Brak wpisów

### Rubryka 10 - Nie dotyczy

Brak wpisów

### Rubryka 11 - Nie dotyczy

Brak wpisów

### Rubryka 12 - Wzmianka o uczestnictwie w grupie spółek

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 ZARZĄDU WIELOOSOBOWEGO DO SKŁADANIA OŚWIADCZEŃ W IMIENIU SPÓŁKI UPRAWNIONY JEST KAŻDY CZŁONEK ZARZĄDU SAMODZIELNIE.

## Podrubryka 1

## Dane osób wchodzących w skład organu

1	1. Nazwisko / Nazwa lub Firma	OSSOWSKI
	2. Imiona	PAWEŁ
	3. Numer PESEL/REGON lub data urodzenia	88051113753, -----
	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

Brak wpisów

## Dział 3

## Rubryka 1 - Przedmiot działalności

1. Przedmiot przeważającej działalności przedsiębiorcy	1	82, 11, Z, DZIAŁALNOŚĆ USŁUGOWA ZWIĄZANA Z ADMINISTRACYJNĄ OBSŁUGĄ BIURA
2. Przedmiot pozostałej działalności przedsiębiorcy	1	82, 99, Z, POZOSTAŁA DZIAŁALNOŚĆ WSPOMAGAJĄCA PROWADZENIE DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ, GDZIE INDEKSZ NIESKLASYFIKOWANA
	2	70, 22, Z, POZOSTAŁE DORADZTWO W ZAKRESIE PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ I ZARZĄDZANIA
	3	26, 51, Z, PRODUKCJA INSTRUMENTÓW I PRZYRZĄDÓW POMIAROWYCH, KONTROLNYCH I NAWIGACYJNYCH
	4	26, 70, Z, PRODUKCJA INSTRUMENTÓW OPTYCZNYCH I SPRZĘTU FOTOGRAFICZNEGO
	5	32, 5, , PRODUKCJA URZĄDZEŃ, INSTRUMENTÓW ORAZ WYROBÓW MEDYCZNYCH, WŁĄCZAJĄC DENTYSTYCZNE
	6	33, 1, , NAPRAWA I KONSERWACJA METALOWYCH WYROBÓW GOTOWYCH, MASZYN I URZĄDZEŃ
	7	33, 2, , INSTALOWANIE MASZYN PRZEMYSŁOWYCH, SPRZĘTU I WYPOSAŻENIA
	8	46, , , HANDEL HURTOWY, Z WYŁĄCZENIEM HANDLU POJAZDAMI SAMOCHODOWYMI
	9	47, , , HANDEL DETALICZNY, Z WYŁĄCZENIEM HANDLU DETALICZNEGO POJAZDAMI

## SAMOCHODOWYMI

## 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	21.07.2016	OD 29.10.2014 DO 31.12.2015
	2	20.11.2017	OD 01.01.2016 DO 31.12.2016
	3	19.07.2018	OD 01.01.2017 DO 31.12.2017
	4	15.07.2019	OD 01.01.2018 DO 31.12.2018
	5	13.10.2020	OD 01.01.2019 DO 31.12.2019
	6	17.03.2022	OD 01.01.2020 DO 31.12.2020
	7	09.03.2023	OD 01.01.2021 DO 31.12.2021
3.Wzmianka o złożeniu uchwały lub postanowienia o zatwierdzeniu rocznego sprawozdania finansowego	1	*****	OD 29.10.2014 DO 31.12.2015
	2	*****	OD 01.01.2016 DO 31.12.2016
	3	*****	OD 01.01.2017 DO 31.12.2017
	4	*****	OD 01.01.2018 DO 31.12.2018
	5	*****	OD 01.01.2019 DO 31.12.2019
	6	*****	OD 01.01.2020 DO 31.12.2020
	7	*****	OD 01.01.2021 DO 31.12.2021
4.Wzmianka o złożeniu sprawozdania z działalności podmiotu	1	*****	OD 29.10.2014 DO 31.12.2015
	2	*****	OD 01.01.2016 DO 31.12.2016
	3	*****	OD 01.01.2018 DO 31.12.2018
	4	*****	OD 01.01.2019 DO 31.12.2019
	5	*****	OD 01.01.2020 DO 31.12.2020
	6	*****	OD 01.01.2021 DO 31.12.2021

## Rubryka 3 - Sprawozdania grupy kapitałowej

Rodzaj dokumentu	Nr kolejny w polu	Data złożenia	Za okres od do
1.Wzmianka o złożeniu skonsolidowanego rocznego sprawozdania finansowego	1	08.12.2017	OD 29.10.2014 DO 31.12.2015
	2	08.12.2017	OD 01.01.2016 DO 31.12.2016
	3	13.10.2020	OD 01.01.2019 DO 31.12.2019
2.Wzmianka o złożeniu opinii biegłego rewidenta / sprawozdania z badania skonsolidowanego rocznego sprawozdania finansowego	1	*****	OD 29.10.2014 DO 31.12.2015
	2	*****	OD 01.01.2016 DO 31.12.2016
	3	*****	OD 01.01.2019 DO 31.12.2019
3.Wzmianka o złożeniu uchwały lub postanowienia o zatwierdzeniu skonsolidowanego rocznego sprawozdania finansowego	1	*****	OD 29.10.2014 DO 31.12.2015
	2	*****	OD 01.01.2016 DO 31.12.2016
	3	*****	OD 01.01.2019 DO 31.12.2019
4.Wzmianka o złożeniu sprawozdania z działalności spółki dominującej	1	*****	OD 29.10.2014 DO 31.12.2015
	2	*****	OD 01.01.2016 DO 31.12.2016
	3	*****	OD 01.01.2017 DO 31.12.2017

4	*****	OD 01.01.2019 DO 31.12.2019
---	-------	-----------------------------

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

31.12.2015

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 22.11.2023

adres strony internetowej, na której są dostępne informacje z rejestru: [ekrs.ms.gov.pl](https://ekrs.ms.gov.pl)



# STAZA BEZLATEKSOWA

TD-05-I.2.c-1.2

wydanie I

data: 2021-07-01

zmiana z dnia: 2021-12-22

**PRODUCENT:** ZARYS International Group spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka komandytowa**ADRES:** ul. Pod Borem 18, 41-808 Zabrze; tel. +48 32 271 69 91, fax. +48 32 274 72 84; www.zarys.pl**KLASYFIKACJA** wyrób medyczny klasy I zgodny z Rozporządzeniem PE i Rady (UE) 2017/745 (MDR)**PRZEWIDZIANE ZASTOSOWANIE**

- wyrób przeznaczony do wywołania zastoju żylnego i uwidocznienia żyły wybranej do nakłucia.

**WŁAŚCIWOŚCI**

- wykonana z szerokiego rozciągliwego paska TPE (termoplastyczny elastomer)
- bezltekowy materiał chroni przed reakcjami alergicznymi i podrażnieniami skóry
- wysoka wytrzymałość na rozciąganie
- jednorazowe opaski ograniczają możliwość przenoszenia drobnoustrojów zmniejszając ryzyko zakażeń szpitalnych
- długość całkowita rolki 11,25 m
- dostępna w kolorach: niebieskim i różowym
- opakowanie jednostkowe typu dyspenser, umożliwia wygodne dzielenie perforowanych opasek
- nie zawiera lateksu
- nie zawiera ftalanów
- jednorazowego użytku
- niesterylna
- okres trwałości: 3 lata



NUMER KATALOGOWY	ROZMIAR	KOLOR	OPAKOWANIE	
S001	25 x 450 mm	niebieski	jednostkowe transportowe	25 szt. (papier) 100 x 25 szt. (karton)
S002	25 x 450 mm	różowy	jednostkowe transportowe	25 szt. (papier) 100 x 25 szt. (karton)

Materiał marketingowy przeznaczony dla osób wykonujących zawód medyczny.

Opracowanie: G.K. – Specjalista ds. Sprzętu Medycznego ZARYS International Group sp. z o.o. sp.k.

strona 1 / 1

Żadna część niniejszego dokumentu nie może być zmieniana lub kopiowana bez zgody ZARYS International Group sp. z o.o. sp.k.

rev.2021.01

# DEKLARACJA ZGODNOŚCI UE



producent: ZARYS International Group  
spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka komandytowa

adres: ul. Pod Borem 18, 41-808 Zabrze, Polska

kontakt: tel. +48 32 271 69 91, fax +48 32 274 72 84,  
e-mail: zarys@zarys.pl, strona internetowa: www.zarys.pl

SRN: PL-MF-000000410

Oświadczamy na wyłączną odpowiedzialność, że wyrób medyczny:

## Staza

modele\*: **Staza bezłateksowa; Staza automatyczna; Staza automatyczna dla dzieci**

(\*szczegółowy wykaz wyrobów objętych niniejszą deklaracją zgodności zawarty jest w dokumencie TD-05-I.1.1.b-1 – Identyfikacja – załącznik nr 1, dane partii produkcyjnej – dokument zwolnienia do obrotu DZDO-01 – załącznik nr 2)

klasyfikacja:

- **klasa I, reguła 1** (zgodnie z Załącznikiem VIII Rozporządzenia (UE) 2017/745)

kod Basic UDI-DI: **59079968V9003TD**

przewidziane zastosowanie: Wyrób przeznaczony do wywołania zastoju żylnego i uwidocznienia żyły wybranej do nakłucia.

jest zgodny z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych.

Wyżej wymieniony wyrób spełnia wszystkie stosowalne wymagania załącznika I Rozporządzenia PE i Rady (UE) 2017/745. Procedura oceny zgodności została przeprowadzona zgodnie z Artykułem 52 ust. 7.

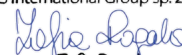
Wyrób medyczny objęty niniejszą deklaracją zgodności jest zgodny z normami europejskimi. Wykaz nadzorowanych norm zawarty jest w dokumencie TD-05-I.4.c-1 – załącznik nr 3.

miejsce i data wydania: Zabrze, dnia 9.05.2022 r.

imię i nazwisko: Zofia Rogala

stanowisko: Product Manager

PRODUCT MANAGER  
ZARYS International Group sp. z o.o. sp.k.

  
Zofia Rogala

.....  
podpis

(z upoważnienia Prezesa Zarządu Komplementariusza)





## Formularz dla podmiotów / Form for organizations

A. Identyfikacja właściwego organu / Identification of the Competent Authority	
1.001 Kod / Code <b>PL/CA01</b>	
1.002 Nazwa w języku miejscowym - po polsku / Name in local language - in Polish <b>Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych</b>	
1.003 Nazwa po angielsku / Name in English <b>The Office for Registration of Medicinal Products, Medical Devices and Biocidal Products</b>	
1.004 Kod kraju / Country code <b>PL</b>	1.005 Kod pocztowy i miasto / Postal code and city <b>03-736 Warszawa</b>
1.006 Ulica, nr / Street, no. <b>Ząbkowska 41</b>	1.007 Telefon / Phone <b>+48 22 4921100</b>

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 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 evaluation	

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

2012 - 01 - 05

Nr .....  
Data zgłoszenia / Date of notification .....  
Pr. procedure pack .....  
5



<b>C. Identyfikacja wytwórcy / Identification of the manufacturer</b>	
<b>1.013 Numer referencyjny / Reference number</b>	<b>1.014 Kod kraju / Country code</b> PL
<b>1.015 Nazwa wytwórcy, pełna / Name of the manufacturer, in full</b> Górnośląska Centrala Zaopatrzenia Medycznego ZARYS Sp. z o.o.	
<b>1.016 Nazwa wytwórcy, skrócona / Name of the manufacturer, abbreviated</b> ZARYS	
<b>1.017 Miasto / City</b> Zabrze	<b>1.018 Kod pocztowy / Postal code</b> 41-808
<b>1.019 Ulica, nr / Street, no.</b> Pod Borem 18	<b>1.020 Skrytka pocztowa / PO Box</b>
<b>Osoba do kontaktu / Contact person</b>	
<b>1.021 Imię i nazwisko / Full name</b> Andrzej Andrukowicz-Kowalczyk	<b>1.022 Telefon / Phone</b> 32-375-07-20
<b>1.023 E-mail</b> zarys@zarys.com.pl	<b>1.024 Faks / Fax</b> 32-376-06-91

<b>D. Identyfikacja autoryzowanego przedstawiciela / Identification of the authorized representative</b>	
<b>1.025 Numer referencyjny / Reference number</b>	<b>1.026 Kod kraju / Country code</b>
<b>1.027 Nazwa autoryzowanego przedstawiciela, pełna / Name of the authorized representative, in full</b>	
<b>1.028 Nazwa autoryzowanego przedstawiciela, skrócona / Name of the authorized representative, abbreviated</b>	
<b>1.029 Miasto / City</b>	<b>1.030 Kod pocztowy / Postal code</b>
<b>1.031 Ulica, nr / Street, no.</b>	<b>1.032 Skrytka pocztowa / PO Box</b>
<b>Osoba do kontaktu / Contact person</b>	
<b>1.033 Imię i nazwisko / Full name</b>	<b>1.034 Telefon / Phone</b>
<b>1.035 E-mail</b>	<b>1.036 Faks / Fax</b>

<b>E. Identyfikacja ... / Identification of the ...</b>	
	<input type="checkbox"/> I - ... importera / ... importer <input type="checkbox"/> D - ... dystrybutora / ... distributor
<b>1.038 Numer referencyjny / Reference number</b>	<b>1.037 Kod kraju / Country code</b>
<b>1.040 Nazwa importera lub dystrybutora, pełna / Name of the importer or distributor, in full</b>	
<b>1.041 Nazwa importera lub dystrybutora, skrócona / Name of the importer or distributor, abbreviated</b>	
<b>1.042 Miasto / City</b>	<b>1.043 Kod pocztowy / Postal code</b>
<b>1.044 Ulica, nr / Street, no.</b>	<b>1.045 Skrytka pocztowa / PO Box</b>
<b>Osoba do kontaktu / Contact person</b>	
<b>1.046 Imię i nazwisko / Full name</b>	<b>1.047 Telefon / Phone</b>
<b>1.048 E-mail</b>	<b>1.049 Faks / Fax</b>



**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 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

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

Zabrze

Data / Date

2011-12-16

Nazwisko / Name

Andrzej Andrukowicz-Kowalczyk

Podpis / Signature

mgr Andrzej Andrukowicz-Kowalczyk



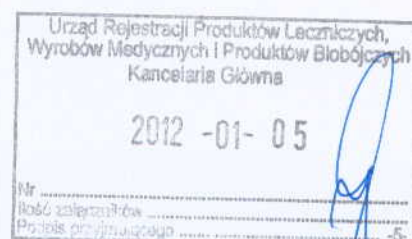
## Formularz dla aktywnych wyrobów medycznych do implantacji, wyrobów medycznych i systemów lub zestawów zabiegowych

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 checked="" type="checkbox"/> Pierwsze / First <input 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	

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) 1
2.009 Nazwa handlowa wyrobu / Trade name of device 1) Staza bezlateksowa	
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	



<b>B. Identyfikacja wyrobu (cd.) / Identification of device (cont.)</b>	
<b>2.012</b> Nazwa zastosowanej, międzynarodowo uznanej nomenklatury Name of applied, internationally recognised nomenclature	<b>2.013</b> Kod rodzajowy wg zastosowanej nomenklatury Code of generic device group according to applied nomenclature
GMDN	35844
<b>Krótki opis wyrobu i jego przewidziane zastosowanie / Short description and intended purpose of the device</b>	
<b>2.014</b> W języku miejscowym - po polsku / In local language - in Polish	<b>2.015</b> Po angielsku / In English
Staza bezlateksowa wykonana z szerokiego rozciągliwego paska jest używana do uciskania żyły przy pobieraniu krwi.	Latex-free Tourniquet made of wide stretch strape is used for fastening the vein in blood collection.
<b>2.016</b> Zgodność sprawdzona przez jednostkę notyfikowaną numer ... (jeśli dotyczy) Conformity checked by notified body number ... (where applicable)	

<b>C. Identyfikacja osoby do kontaktu w sprawach incydentów medycznych</b> Identification of contact person for medical incident issues	
<b>2.017</b> Imię i nazwisko / Full name	<b>2.018</b> Telefon / Phone
Beata Pogodzińska-Ankiewicz	32-376-07-32
<b>2.019</b> E-mail	<b>2.020</b> Faks / Fax
beata_ankiewicz@zarys.com.pl	32-376-07-24



**D. Informacje dotyczące składu systemu lub zestawu zabiegowego**

Information concerning composition of the system or procedure pack

**Proszę podać dane wszystkich wyrobów medycznych wchodzących w skład systemu lub zestawu zabiegowego**

Please provide information concerning all medical devices included in the system or procedure pack

2.021 Nazwa handlowa wyrobu 2) Trade name of device	2.022 Nazwa i adres wytwórcy Name and address of manufacturer	2.023 Nazwa i adres autoryzowanego przedstawiciela (jeśli dotyczy) Name and address of authorised representative (where applicable)

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 ZabrzeData / Date 2011-12-16Nazwisko / Name Andrzej Andrukowicz-KowalczykPodpis / Signature Prokurent  
G.C.Z.M. ZARYS Sp. z o.o.

mgr Andrzej Andrukowicz-Kowalczyk

- 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 zgłoszeniu, jeżeli są lub mają:
- jednego wytwórcę,
  - jednego autoryzowanego przedstawiciela, jeżeli ich wytwórca 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 (GMDN) albo innej uznanej nomenklatury wyrobów medycznych,
  - tę samą klasyfikację,
  - 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,
  - nie więcej niż jedną nazwę handlową w języku polskim i 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.



**Urząd Rejestracji  
Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych**

ul. Żąbkowska 41, 03-736 Warszawa tel. +48 22 492-11-00, fax +48 22 492-11-09  
NIP 521-32-14-182 REGON 015249601

Warszawa, 2014-02-13

Departament Informacji o Wyrobach Medycznych  
UR.DIM.IMZ.410.00048.2012.RC.1

**Górnośląska Centrala Zaopatrzenia  
Medycznego ZARYS Sp. z o.o.  
ul. Pod Borem 18  
41-808 Zabrze**

**Dotyczy: Staza bezłateksowa**

Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych informuje w związku z Państwa wnioskiem nr UR.DIM.IMZ.410.00048.2012 z dnia 16 grudnia 2011 r. dot. zgłoszenia wyrobu, stwierdza, że obowiązek, o którym mowa w art. 58 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107, poz. 679 ze zm.) uznaje się za spełniony w dniu dokonania zgłoszenia wyrobu, tj. w dniu 5 stycznia 2012 r.

Prezes Urzędu dodatkowo informuje, że na podstawie art. 61 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych wszelkie zmiany danych objętych zgłoszeniem lub powiadomieniem należy zgłaszać niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 7 dni od dnia powzięcia informacji o zmianie.

Zgodnie z art. 100 ustawy, kto nie dokonuje zgłoszenia lub powiadomienia, o których mowa w art. 58, albo nie zgłasza zmian danych, o których mowa w art. 61, podlega grzywnie.

Załączniki: brak

Do wiadomości:

1. 1 egz. – adresat
2. 1 egz. – a/a

z upoważnienia Prezesa  
DIREKTOR  
Departamentu Informacji o Wyrobach Medycznych

*Elżbieta Maciejewska*  
Elżbieta Maciejewska



## WNIOSEK

**ZARYS International Group spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka komandytowa** działając jako uczestnik postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, zgodnie z art. 74 ust. 1 Ustawy Prawo Zamówień Publicznych, zwraca się z prośbą o przestanie informacji:

- wszystkich ofert Firm biorących udział w postępowaniu wraz z załącznikami,
- całej korespondencji z Zamawiającym w ramach postępowania (np. wezwania zamawiającego, informacji o poprawieniu omyłek, odpowiedzi wykonawcy i inne składane pisma) powstałej do dnia udostępnienia dokumentów.

Wnosimy o przekazanie żądanych dokumentów w formie plików, które zostały przekazane Zamawiającemu (tj. bez ich modyfikacji czy zmiany formy), tak by możliwe było zweryfikowanie również podpisu, którym zostały opatrzone dokumenty.

Zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 26 lipca 2016r. w sprawie protokołu postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prosimy o przestanie w/w informacji na adres e-mail [przetargi@zarys.pl](mailto:przetargi@zarys.pl) lub za pośrednictwem platformy zakupowej.

Zgodnie z art.74 ust.2 oferty wraz z załącznikami udostępnia się **niezwłocznie** po otwarciu ofert, nie później jednak niż w terminie 3 dni.

Z poważaniem