

**TLUMACZENIE UWIERZYTELNIONE Z JEZYKA  
ANGIELSKIEGO**

---

*[Strona pierwsza]*

**FRESENIUS MEDICAL CARE**

**Deklaracja zgodności z artykułem 12 dyrektywy  
dotyczącej wyrobów medycznych 93/42/EWG**

**Firma Fresenius Medical Care AG & Co. KGaA**

**61346 Bad Homburg**

**Niemcy**

oświadcza na własną wyłączną odpowiedzialność, że  
produkty

**Zestawy multiFiltratePRO-Kits (zestawy  
zabiegowe):**

- 1. multiFiltratePRO-Kit HDF 600 (F00000460)**
- 2. multiFiltratePRO-Kit HDF 1000 (F00000461)**
- 3. multiFiltratePRO-Kit Ci-Ca HD EMiC2  
(F00000462)**
- 4. multiFiltratePRO-Kit Ci-Ca HD 1000  
(F00000463)**
- 5. multiFiltratePRO-Kit Ci-Ca HDF 1000  
(F00005329)**

spełniają zapisy artykułu 12 dyrektywy dotyczącej  
wyrobów medycznych 93/42/EWG, a w szczególności

drugiego paragrafu powyższego artykułu dotyczącego systemów i zestawów zabiegowych.

Niniejszym potwierdzamy:

1. weryfikację wzajemnego dopasowania wyrobów zawartych w niżej wyszczególnionym zestawie (patrz załącznik);
2. że każdy zestaw zawiera instrukcje użycia obejmujące odpowiednie instrukcje od wytwórcy;
3. że produkcja, kontrola i dokumentacja zestawów jest zgodna z odpowiednim Standardowym Systemem Procedur Operacyjnych kontrolowanym kompletnym Systemem Zarządzania Jakością.

**Kierownik Centrum Produktu**

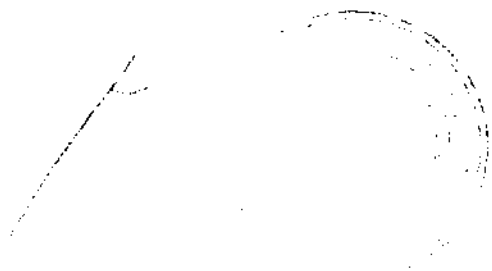
| Imię i nazwisko | Miejsce/ data              | Podpis                  |
|-----------------|----------------------------|-------------------------|
| Sascha Duttiné  | Bad Homburg,<br>18.05.2015 | [Nieczytelny<br>podpis] |

**Osoba odpowiedzialna w Centrum Produktu**

| Imię i nazwisko | Miejsce/ data              | Podpis                  |
|-----------------|----------------------------|-------------------------|
| Dr. Thomas Wild | Bad Homburg,<br>18.05.2015 | [Nieczytelny<br>podpis] |

Strona 1/3

[U dołu strony dane teleadresowe i rejestracyjne spółki  
Fresenius Medical Care Deutschland GmbH.]



[Strona druga]

FRESENIUS MEDICAL CARE

Załącznik

Lista artykułów

1. Zestaw multiFiltratePRO-Kit HDF 600 (F00000460)

| Ilość | Artykuł              | Numer produktu |
|-------|----------------------|----------------|
| 1     | Ultraflux AV600S     | 5007361        |
| 1     | multiFiltratePRO HDF | F00002438      |

2. Zestaw multiFiltratePRO-Kit HDF 1000 (F00000461)

| Ilość | Artykuł              | Numer produktu |
|-------|----------------------|----------------|
| 1     | Ultraflux AV1000S    | 5008981        |
| 1     | multiFiltratePRO HDF | F00002438      |

3. Zestaw multiFiltratePRO-Kit Ci-Ca HD EMiC2 (F00000462)

| Ilość | Artykuł                   | Numer produktu |
|-------|---------------------------|----------------|
| 1     | Ultraflux EMiC2           | 5009771        |
| 1     | multiFiltratePRO Ci-Ca HD | F00002437      |

4. Zestaw multiFiltratePRO-Kit Ci-Ca HD 1000 (F00000463)

| Ilość | Artykuł                   | Numer produktu |
|-------|---------------------------|----------------|
| 1     | Ultraflux AV1000S         | 5008981        |
| 1     | multiFiltratePRO Ci-Ca HD | F00002437      |

5. Zestaw multiFiltratePRO-Kit Ci-Ca HDF 1000 (F00005329)

| Ilość | Artykuł                    | Numer produktu |
|-------|----------------------------|----------------|
| 1     | Ultraflux AV1000S          | 5008981        |
| 1     | multiFiltratePRO Ci-Ca HDF | F00001645      |

Strona 2/ 3

05

[Strona trzecia]

FRESENIUS MEDICAL CARE

| Historia aktualizacji |                   |                       |  |
|-----------------------|-------------------|-----------------------|--|
| Aktualizacja          | Redagowana przez  | Dzień wejścia w życie | Wprowadzone zmiany   |
| 02                    | Timo Paepenmüller | 16.10.2012            | Wzór nowego dokumentu<br>Wprowadzenie historii aktualizacji  |
| 03                    | Timo Paepenmüller | 18.06.2014            | Aktualizacja do wzoru wersji 02<br>Opis i skład nowego produktu dla artykułów F00000460, -461, -462, -463.<br>Nowy artykuł „multiFiltratePRO-Kit Ci-Ca HDF 1000” (F00005329) |
| 04                    | Timo Paepenmüller | 07.10.2014            | Korekta błędu drukarskiego numeru produktu (rozdzielacza)  |

|    |                   |            |                                      |
|----|-------------------|------------|--------------------------------------|
| 05 | Sascha<br>Duttiné | 01.06.2015 | Usunięcie<br>rozdzielacza<br>5015971 |
|----|-------------------|------------|--------------------------------------|

Strona 3/ 3

05

#### koniec tłumaczenia

*Ja, mgr Marianna Cichocka, tłumacz przysięgły języka angielskiego, wpisany na listę tłumaczy przysięgłych prowadzoną przez Ministra Sprawiedliwości pod numerem TP 603/05, stwierdzam, że powyższe tłumaczenie jest wiernym tłumaczeniem dokumentu przedstawionego mi w języku angielskim, zgodnie z moją najlepszą wiedzą.*

*Poznań, dnia 17.08.2015 r.*

*Numer repertorium: 351/ 2015*



**Declaration according to the Medical Device Directive  
93/42/EEC article 12**

**Fresenius Medical Care AG & Co. KGaA**  
**61346 Bad Homburg**  
**Germany**

declares under his sole responsibility that the products

**multiFiltratePRO-Kits (procedure packs):**

1. multiFiltratePRO-Kit HDF 600 (F00000460)
2. multiFiltratePRO-Kit HDF 1000 (F00000461)
3. multiFiltratePRO-Kit Ci-Ca HD EMiC2 (F00000462)
4. multiFiltratePRO-Kit Ci-Ca HD 1000 (F00000463)
5. multiFiltratePRO-Kit Ci-Ca HDF 1000 (F00005329)

correspond to the Medical Device Directive 93/42/EEC article 12 and in particular to the 2nd paragraph that deals with systems and procedure packs.

Hereby we confirm:

1. The verification of mutual compatibility of devices which the procedure packs contain (cf. appendix).
2. Every procedure pack contains instructions for use which include relevant instructions from the manufacturer.
3. The manufacture, the control and the documentation of the procedure packs are in accordance with the relevant Standard Operation Procedures System which has been controlled by a complete Quality Management System.

## Product Center Manager

Name  
Sascha Duttiné

Place/Date  
Bad Homburg 29.07.201

Signature  
CRENSHAW  
MEDICAL CARE

**Frisenius Medical Care**  
**Deutschland GmbH**  
Pharmaceutical Quality,  
Product Center & OEM Management  
Eichendorfer-Str. 1  
65926 Frankfurt am Main  
Germany



**Appendix**  
**List of articles**

**1 multiFiltratePRO-Kit HDF 600 (F00000460)**

| Amount | Article              | Material Number |
|--------|----------------------|-----------------|
| 1      | Ultraflux AV600S     | 5007361         |
| 1      | multiFiltratePRO HDF | F00002438       |

**2 multiFiltratePRO-Kit HDF 1000 (F00000461)**

| Amount | Article              | Material Number |
|--------|----------------------|-----------------|
| 1      | Ultraflux AV1000S    | 5008981         |
| 1      | multiFiltratePRO HDF | F00002438       |

**3 multiFiltratePRO-Kit Ci-Ca HD EMiC2 (F00000462)**

| Amount | Article                   | Material Number |
|--------|---------------------------|-----------------|
| 1      | Ultraflux EMiC2           | 5009771         |
| 1      | multiFiltratePRO Ci-Ca HD | F00002437       |

**4 multiFiltratePRO-Kit Ci-Ca HD 1000 (F00000463)**

| Amount | Article                   | Material Number |
|--------|---------------------------|-----------------|
| 1      | Ultraflux AV1000S         | 5008981         |
| 1      | multiFiltratePRO Ci-Ca HD | F00002437       |

**5 multiFiltratePRO-Kit Ci-Ca HDF 1000 (F00005329)**

| Amount | Article                    | Material Number |
|--------|----------------------------|-----------------|
| 1      | Ultraflux AV1000S          | 5008981         |
| 1      | multiFiltratePRO Ci-Ca HDF | F00001654       |



### Revision History

| Revision | Edited by         | Effective date | Applied changes   |
|----------|-------------------|----------------|---|
| 02       | Timo Paepenmüller | 16.10.2012     | New document template<br>Introduction of revision history   |
| 03       | Timo Paepenmüller | 18.06.2014     | Update to template rev. 02<br>New product description and composition<br>for articles F00000460, -461, -462, -463<br>New article "multiFiltratePRO-Kit Ci-Ca<br>HDF 1000" (F00005329) |
| 04       | Timo Paepenmüller | 07.10.2014     | Material number typo corrected<br>(Recirculation adapter)   |
| 05       | Sascha Duttiné    | 01.06.2015     | Removal of recirculation adapter 5015971  |



## 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   |  |
|---|--|
| <b>4.001</b> Numer kolejny Załącznika nr 4 w obrębie tego powiadomienia<br><b>1</b> Ordinal number of form no. 4 within this notification | <b>4.002</b> 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)                        |
|   | multiFiltratePRO - Kit HDF 1000  |
|   | multiFiltratePRO - Kit Ci-Ca HD 1000   |
|   | multiFiltratePRO - Kit Ci-Ca HDF 1000  |

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 Poznań

Data / Date 2015-09-04

Nazwisko / Name Ucińska

Podpis / Signature Katarzyna Ucińska

1) Wyroby różniące się nazwą handlową, typem, modelem, wersją wykonania, wersją oprogramowania, rozmiarem, kształtem lub wymiarami można uznać za jeden wyrób i zamieścić w jednym powiadomieniu, jeżeli są lub mają:

- jednego wytwórcę,
- jednego autoryzowanego przedstawiciela, jeżeli ich 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 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.

```

<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
<WM_F4>
  <F4_ID>0071 4448 1335</F4_ID>
  <nrF4>1</nrF4>
  - <wyrob>
    <wiersz>1</wiersz>
    <F4_ID>0071 4448 1335</F4_ID>
    <nazwaPL>multiFiltratePRO - Kit HDF 1000</nazwaPL>
  </wyrob>
  - <wyrob>
    <wiersz>2</wiersz>
    <F4_ID>0071 4448 1335</F4_ID>
    <nazwaPL>multiFiltratePRO - Kit Ci-Ca HD 1000</nazwaPL>
  </wyrob>
  - <wyrob>
    <wiersz>3</wiersz>
    <F4_ID>0071 4448 1335</F4_ID>
    <nazwaPL>multiFiltratePRO - Kit Ci-Ca HDF 1000</nazwaPL>
  </wyrob>
  <deklMiasto>Poznań</deklMiasto>
  <deklData>2015-09-04</deklData>
  <deklNazwisko>Ucińska</deklNazwisko>
</WM_F4>

```

## Formularz dla podmiotów / Form for organizations

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

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

|  |   |
|--|---|
| <b>B. Identyfikacja zgłoszenia lub powiadomienia / Identification of notification</b>  |   |
| 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<br><input type="checkbox"/> 2. Zmiana danych podmiotu / Change of entity details<br><input type="checkbox"/> 3. Zmiana danych wyrobu / Change of device details  |   |
| 1.011 W przypadku zmiany dotyczącej podmiotu proszę wskazać dane ulegające zmianie.<br>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 / Manufacturer<br><input type="checkbox"/> A - Autoryzowany przedstawiciel / Authorized representative<br><input type="checkbox"/> I - Importer / Importer<br><input checked="" type="checkbox"/> D - Dystrybutor / Distributor<br><input type="checkbox"/> Z - Podmiot zestawiający system lub zestaw zabiegowy / Organization assembling system or procedure pack<br><input type="checkbox"/> S - Podmiot sterylizujący wyrób medyczny, system lub zestaw zabiegowy / Organization sterilizing medical device, system or procedure pack<br><input type="checkbox"/> O - Świadczeniodawca wykonujący ocenę działania / Organization carrying out performance evaluation |   |

|   |  |
|---|--|
| <b>C. Identyfikacja wytwórcy / Identification of the manufacturer</b>                                   |  |
| 1.013 Numer referencyjny / Reference number   | 1.014 Kod kraju / Country code<br>DE       |
| 1.015 Nazwa wytwórcy, pełna / Name of the manufacturer, in full<br>Fresenius Medical Care Ag & Co. KGaA |  |
| 1.016 Nazwa wytwórcy, skrócona / Name of the manufacturer, abbreviated<br>FME AG & Co. KGaA             |  |
| 1.017 Miasto / City<br>Bad Homburg  | 1.018 Kod pocztowy / Postal code<br>61 346 |
| 1.019 Ulica, nr / Street, no.<br>Else-Kroenerm Strasse 1  | 1.020 Skrytka pocztowa / PO Box            |
| Osoba do kontaktu / Contact person  |  |
| 1.021 Imię i nazwisko / Full name<br>Katharina Barthold   | 1.022 Telefon / Phone<br>49 6172 609 2561  |
| 1.023 E-mail<br>katharina.barthold@fmc-ag.com   | 1.024 Faks / Fax<br>49 6172 609 2281       |

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

|  |  |   |
|--|--|---|
| <b>E. Identyfikacja ... / Identification of the ...</b>  |  | 1.037 <input type="checkbox"/> I - ... importera / ... importer<br><input checked="" type="checkbox"/> D - ... dystrybutora / ... distributor |
| 1.038 Numer referencyjny / Reference number  | 1.039 Kod kraju / Country code<br>PL       |   |
| 1.040 Nazwa importera lub dystrybutora, pełna / Name of the importer or distributor, in full<br>Fresenius Medical Care Polska S.A. |  |   |
| 1.041 Nazwa importera lub dystrybutora, skrócona / Name of the importer or distributor, abbreviated<br>FMC Polska S.A.             |  |   |
| 1.042 Miasto / City<br>Poznań  | 1.043 Kod pocztowy / Postal code<br>60 118 |   |
| 1.044 Ulica, nr / Street, no.<br>Krzywa 13   | 1.045 Skrytka pocztowa / PO Box            |   |
| Osoba do kontaktu / Contact person   |  |   |
| 1.046 Imię i nazwisko / Full name<br>Katarzyna Ucińska   | 1.047 Telefon / Phone<br>61 8392 619       |   |
| 1.048 E-mail<br>katarzyna.ucińska@fmc.pl   | 1.049 Faks / Fax<br>61 8392 681            |   |

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

- 1.050 ☐ Z - ... podmiotu zestawiającego system lub zestaw zabiegowy / ... assembling system or procedure pack  
☐ 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 |                                  |
| Katarzyna Ucińska                 |                                  |
| 1.064 Miasto / City               | 1.065 Kod pocztowy / Postal code |
| Poznań                            | 60 118                           |
| 1.066 Ulica, nr / Street, no.     | 1.067 Skrytka pocztowa / PO Box  |
| Krzywa 13                         |                                  |
| 1.068 Telefon / Phone             | 1.069 Faks / Fax                 |
| 61 8392 619                       | 61 8392 681                      |

**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 | 3 |

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 Poznań

Data / Date 2015-09-04

Nazwisko / Name Ucińska

Podpis / Signature Katarzyna Ucińska

```

<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
<WM_F1>
  <F1_ID>5754 2713 1087</F1_ID>
  <rodzaj>1</rodzaj>
  <wnioskodawca>D</wnioskodawca>
  - <podmiot>
    <F1_ID>5754 2713 1087</F1_ID>
    <typPodmiotu>W</typPodmiotu>
    <kodKraju>DE</kodKraju>
    <pelnaNazwa>Fresenius Medical Care Ag & Co. KGaA</pelnaNazwa>
    <skrotNazwy>FME AG & Co. KGaA</skrotNazwy>
    <podmMiasto>Bad Homburg</podmMiasto>
    <podmKodP>61 346</podmKodP>
    <podmUlicaNr>Else-Kroenerm Strasse 1</podmUlicaNr>
    <kontNazwisko>Katharina Barthold</kontNazwisko>
    <kontTelefon>49 6172 609 2561</kontTelefon>
    <kontEMail>katharina.barthold@fmc-ag.com</kontEMail>
    <kontFaks>49 6172 609 2281</kontFaks>
  </podmiot>
  - <podmiot>
    <F1_ID>5754 2713 1087</F1_ID>
    <typPodmiotu>D</typPodmiotu>
    <kodKraju>PL</kodKraju>
    <pelnaNazwa>Fresenius Medical Care Polska S.A.</pelnaNazwa>
    <skrotNazwy>FMC Polska S.A.</skrotNazwy>
    <podmMiasto>Poznań</podmMiasto>
    <podmKodP>60 118</podmKodP>
    <podmUlicaNr>Krzywa 13</podmUlicaNr>
    <kontNazwisko>Katarzyna Ucińska</kontNazwisko>
    <kontTelefon>61 8392 619</kontTelefon>
    <kontEMail>katarzyna.ucinska@fmc.pl</kontEMail>
    <kontFaks>61 8392 681</kontFaks>
  </podmiot>
  - <pełnomocnik>
    <F1_ID>5754 2713 1087</F1_ID>
    <pełnNazwisko>Katarzyna Ucińska</pełnNazwisko>
    <pełnMiasto>Poznań</pełnMiasto>
    <pełnKodP>60 118</pełnKodP>
    <pełnUlicaNr>Krzywa 13</pełnUlicaNr>
    <pełnTelefon>61 8392 619</pełnTelefon>
    <pełnFaks>61 8392 681</pełnFaks>
  </pełnomocnik>
  <liczbaF2>0</liczbaF2>
  <liczbaF3>0</liczbaF3>
  <wyrobyNaF4>3</wyrobyNaF4>
  <deklMiasto>Poznań</deklMiasto>
  <deklData>2015-09-04</deklData>
  <deklNazwisko>Ucińska</deklNazwisko>
</WM_F1>

```