

Białystok, dnia 26.03.2018 r.



MÖLNLYCKE  
HEALTH CARE  
Mölnlycke Health Care Polska Sp. z o.o.

15-703 BIAŁYSTOK, Zwycięstwa 17A  
tel. 85 652-77-77, fax 85 652-19-49

BIURO HANDLOWE

ul. Przasnyska 6B 01-756 Warszawa (wejście C. II piętro)

tel. 22 350 52 80, fax 22 350 52 81

NIP: 542-25-88-828, REGON: 050832291

Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych,  
Wyroków Medycznych i Produktów  
Biobójczych

Al. Jerozolimskie 181C

02-222 Warszawa

Informuję, iż z dniem 1 kwietnia 2018 r. siedziba spółki Mölnlycke Health Care Polska sp. z o.o. zmienia adres z ul. Zwycięstwa 17A, 15-703 Białystok na ul. Przasnyską 6B, 01-756 Warszawa.

Z poważaniem



W załączeniu:

- 1/ Formularz dla podmiotów Załącznik nr 1 ID: 8773 5283 9325,
- 2/ Kopia Wniosku o dokonanie wpisu w dacie 30 marca 2018 r. z dnia 01.03.2018 r.,
- 3/ Kopia Wniosku o dokonanie wpisu w dacie 30 marca 2018 r. złożona bezpośrednio 6 lutego 2018 r. w XII Wydziale Gospodarczym Krajowego Rejestru Sądowego Sądu Rejonowego w Białymstoku,
- 4/ Kopia pełnomocnictwa wraz z dowodem uiszczenia opłaty,
- 5/ Odpis z Krajowego Rejestru Sądowego,
- 6/ Płyta.

*Life. Proud to be part of it.*

## Formularz dla podmiotów / Form for organizations

<b>A. Identyfikacja właściwego organu / Identification of the Competent Authority</b>	
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>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 type="checkbox"/> 1. Pierwsze dla wyrobu / First for device <input checked="" 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	
Zmiana adresu: Stary adres: ul. Zwycięstwa 17a, 15-703 Białystok Nowy adres: ul. Przasnyska 6B, 01-756 Warszawa	
1.012 Status podmiotu dokonującego niniejszego zgłoszenia lub powiadomienia / Status of the organization making this notification	
<input type="checkbox"/> W - Wytwórca / Manufacturer <input type="checkbox"/> A - Autoryzowany 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 / Organization carrying out performance evaluation <input type="checkbox"/> L - Laboratorium wytwarzające na swój użytek wyrób IVD / Laboratory produced in home IVD device	

Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych Kancelaria Główna 2018 -03- 30 Nr Ilość załączników Podpis przymulowanego	Strona • Page
---	---------------

<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> <b>PL</b>
<b>1.015 Nazwa wytwórcy, pełna / Name of the manufacturer, in full</b> <b>wszyscy wytwórcy</b>	
<b>1.016 Nazwa wytwórcy, skrócona / Name of the manufacturer, abbreviated</b>	
<b>1.017 Miasto / City</b> <b>x</b>	<b>1.018 Kod pocztowy / Postal code</b>
<b>1.019 Ulica, nr / Street, no.</b> <b>x</b>	<b>1.020 Skrytka pocztowa / PO Box</b>
<b>Osoba do kontaktu / Contact person</b>	
<b>1.021 Imię i nazwisko / Full name</b> <b>x</b>	<b>1.022 Telefon / Phone</b>
<b>1.023 E-mail</b> <b>x</b>	<b>1.024 Faks / Fax</b>
<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> <div> <input type="checkbox"/> <b>I - ... importera / ... importer</b>  <input checked="" type="checkbox"/> <b>D - ... dystrybutora / ... distributor</b> </div>	
<b>1.038 Numer referencyjny / Reference number</b>	<b>1.039 Kod kraju / Country code</b> <b>PL</b>
<b>1.040 Nazwa importera lub dystrybutora, pełna / Name of the importer or distributor, in full</b> <b>Mölnlycke Health Care Polska Sp. z o.o.</b>	
<b>1.041 Nazwa importera lub dystrybutora, skrócona / Name of the importer or distributor, abbreviated</b>	
<b>1.042 Miasto / City</b> <b>Warszawa</b>	<b>1.043 Kod pocztowy / Postal code</b> <b>01-756</b>
<b>1.044 Ulica, nr / Street, no.</b> <b>Przasnyska 6B</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>Karolina Fotyga</b>	<b>1.047 Telefon / Phone</b> <b>+48 22 350 52 80</b>
<b>1.048 E-mail</b> <b>karolina.fotyga@molnlycke.com</b>	<b>1.049 Faks / Fax</b> <b>+48 22 350 52 81</b>



<b>F. Identyfikacja ... / Identification of the organization ...</b>			
<b>1.050</b>	<input type="checkbox"/> <b>Z</b> - ... podmiotu zestawiającego system lub zestaw zabiegowy / ... assembling system or procedure pack		
	<input type="checkbox"/> <b>S</b> - ... podmiotu sterylizującego wyrób medyczny, system lub zestaw zabiegowy / ... sterilizing medical device, system or procedure pack		
	<input type="checkbox"/> <b>O</b> - ... Świadczeniodawcy wykonującego ocenę działania / ... carrying out performance evaluation		
	<input type="checkbox"/> <b>L</b> - ... laboratorium wytwarzające na swój użytek wyrób IVD / Laboratory produced in home IVD device		
<b>1.051</b>	<b>Numer referencyjny / Reference number</b>	<b>1.052</b>	<b>Kod kraju / Country code</b>
<b>1.053</b> <b>Nazwa podmiotu, pełna / Name of the organization, in full</b>			
<b>1.054</b> <b>Nazwa podmiotu, skrócona / Name of the organization, abbreviated</b>			
<b>1.055</b>	<b>Miasto / City</b>	<b>1.056</b>	<b>Kod pocztowy / Postal code</b>
<b>1.057</b>	<b>Ulica, nr / Street, no.</b>	<b>1.058</b>	<b>Skrytka pocztowa / PO Box</b>
<b>Osoba do kontaktu / Contact person</b>			
<b>1.059</b>	<b>Imię i nazwisko / Full name</b>	<b>1.060</b>	<b>Telefon / Phone</b>
<b>1.061</b>	<b>E-mail</b>	<b>1.062</b>	<b>Faks / Fax</b>
<b>G. Identyfikacja pełnomocnika działającego w imieniu podmiotu dokonującego zgłoszenia lub powiadomienia</b> Identification of the person acting as proxy for the organization making this notification <b>Wypełnia pełnomocnik ustanowiony na mocy art. 33 KPA</b> To be filled in by person acting as proxy in accordance with art. 33 of the Polish Code of Administrative Procedure			
<b>1.063</b> <b>Imię i nazwisko / Full name</b> <b>Joanna Kopeć</b>			
<b>1.064</b>	<b>Miasto / City</b> <b>Warszawa</b>	<b>1.065</b>	<b>Kod pocztowy / Postal code</b> <b>02-856</b>
<b>1.066</b>	<b>Ulica, nr / Street, no.</b> <b>Ludwinowska 22/7/2</b>	<b>1.067</b>	<b>Skrytka pocztowa / PO Box</b>
<b>1.068</b>	<b>Telefon / Phone</b>	<b>1.069</b>	<b>Faks / Fax</b>
<b>H. Liczba wyrobów objętych tym zgłoszeniem lub powiadomieniem / Number of devices covered by this notification</b> <b>Proszę podać właściwe liczby lub zero, jeśli nie dołączono danego typu formularza</b> Please provide proper numbers or zero if there are no attached forms of given type			
<b>1.070</b>	<b>Liczba dołączonych Załączników nr 2 / Number of attached forms no. 2</b>	<b>0</b>	
<b>1.071</b>	<b>Liczba dołączonych Załączników nr 3 / Number of attached forms no. 3</b>	<b>0</b>	
<b>1.072</b>	<b>Liczba wyrobów wymienionych w dołączonych Załącznikach nr 4 / Number of devices listed in attached forms no. 4</b>	<b>0</b>	

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** Warszawa

**Data / Date** 2018-03-28

**Nazwisko / Name** Joanna Kopeć

**Podpis / Signature** 