

Wypełnia Urząd Rejestracji

Numer wniosku WM/RWM//.....

Data przyjęcia:.....

**Prezes Urzędu Rejestracji Produktów
Lecznicznych Wyrobów Medycznych i
Produktów Biobójczych**
Ul. Żąbkowska 41
03-736 Warszawa

dotyczy: wniosek o przeniesienie danych na podstawie art. 133 ustawy o wyrobach medycznych

W związku z postanowieniami art. 133 ustawy z dnia 20 maja 2010r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2010, Nr 107, poz. 679) wnioskuję o przeniesienie danych z Rejestru wyrobów medycznych i podmiotów odpowiedzialnych za ich wprowadzenie do obrotu i do używania do bazy danych, o której mowa w art. 64 ust.1 ustawy.

Część A: Dane identyfikujące wnioskodawcę

- ☐ wytwórca
☐ autoryzowany przedstawiciel
☒ dystrybutor
☐ importer

Część B: Dane dotyczące wnioskodawcyNazwa: **Aesculap Chifa Sp. z o.o.**Adres: **ul. Tysiąclecia 14, 64-300 Nowy Tomyśl**Imię i nazwisko osoby do kontaktu:
Tomasz KlujE-mail: **tomasz.kluj@bbraun.com**Telefon/fax: **(61) 44 20 248 / (61) 44 20 283****Część C: Dane dotyczące wytwórcy (podać jeżeli inne niż dane wnioskodawcy)**Nazwa: **B.Braun Melsungen AG**Adres: **Carl-Braun-Strasse 1, 34212 Melsungen, NIEMCY****Część D: Dane dotyczące autoryzowanego przedstawiciela (podać jeżeli inne niż dane wnioskodawcy i jeżeli dotyczy)**

Nazwa:

Adres:

URZĄD REJESTRACJI PRODUKTÓW
LECZNICZYCH, WYROBÓW MEDYCZNYCH
I PRODUKTÓW BIOBÓJCZYCH
Kancelaria Główna
ul. Żąbkowska 41, 03-736 Warszawa

2011 -02- 25

nr
ilość załączników.....
po: pis przyjmującego.....

Część E: Dane identyfikujące wyrób

(wypełnić drukowanymi literami; podać według wpisu w Rejestrze)

Nazwa wyrobu:**PERITOFIX****Zestaw do diagnostycznego płukania otrzewnej****Oznaczenie typu, modelu (jeżeli dotyczy):**

-

Numer wyrobu w Rejestrze:**PL/DR 002249****Dla wytwórców wyrobów na zamówienie numer podmiotu w Rejestrze:****PL/ CA 01_____ / WNZ****Część F – Adres do korespondencji w sprawie wniosku** (podać jeżeli inny niż adres wskazany w części A)**Część G - Oświadczenie wnioskodawcy**

Ja niżej podpisany(-a)..... **TOMASZ KLUJ**niniejszym
(imię nazwisko, podać drukowanymi literami)

oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

Asystent Chirurga Specjalista
DS. NOWYCH WYROBÓW
Tomasz Kluj

Miejscowość: NOWY TOMYŚL**Data: 2011-02-21****Podpis:.....**