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	**1.005 Kod pocztowy i miasto** / Postal code and city
PL	
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

- [x] 1. **Pierwsze dla wyrobu** / First for device
- [ ] 2. **Zmiana danych podmiotu** / Change of entity details
- [ ] 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

- [ ] W - **Wytwórca (Producent)** / Manufacturer
- [ ] A - **Autoryzowany przedstawiciel (Upoważniony przedstawiciel)** / Authorized representative
- [ ] I - **Importer** / Importer
- [x] D - **Dystrybutor** / Distributor
- [ ] Z - **Podmiot zestawiający system lub zestaw zabiegowy** / Organization assembling system or procedure pack
- [ ] S - **Podmiot sterylizujący wyrób medyczny, system lub zestaw zabiegowy** / Organization sterilizing medical device, system or procedure pack
- [ ] O - **Świadczeniodawca wykonujący ocenę działania (badanie działania)** / Organization carrying out performance evaluation
- [ ] L - **Laboratorium wytwarzające na swój użytek wyrób IVD** / Laboratory produced in home IVD device
- [ ] DL - **Podmiot wykonujący działalność leczniczą** / Entity performing medical activity
- [ ] IZ - **Instytucja zdrowia publicznego** / Health institution
- [ ] 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
	CH

1.015 Nazwa wytwórcy (producenta), pełna / Name of the manufacturer, in full

Coltene/Whaledent AG

1.016 Nazwa wytwórcy (producenta), skrócona / Name of the manufacturer, abbreviated

Coltene

1.017 Miasto / City	1.018 Kod pocztowy / Postal code
Altstatten/Switzerland	9450
1.019 Ulica, nr / Street, no.	**1.020 Skrytka pocztowa** / PO Box
Feldwiesenstrasse 20	

Osoba do kontaktu / Contact person

1.021 Imię i nazwisko / Full name	1.022 Telefon / Phone
Romina Cannizzaro	+49 7345 805-174
1.023 E-mail	**1.024 Faks** / Fax
romina.cannizzaro@coltene.com	

D. Identyfikacja autoryzowanego przedstawiciela (upoważnionego przedstawiciela) / Identification of the authorized representative

1.025 Numer referencyjny / Reference number	1.026 Kod kraju / Country code
	DE

1.027 Nazwa autoryzowanego przedstawiciela (upoważnionego przedstawiciela), pełna / Name of the authorized representative, in full

Coltene/Whaledent GmbH + Co. KG

1.028 Nazwa autoryzowanego przedstawiciela (upoważnionego przedstawiciela), skrócona / Name of the authorized representative, abbreviated

Coltene

1.029 Miasto / City	1.030 Kod pocztowy / Postal code
Langenau/Germany	89129
1.031 Ulica, nr / Street, no.	**1.032 Skrytka pocztowa** / PO Box
Raiffeisenstarsse 30	

Osoba do kontaktu / Contact person

1.033 Imię i nazwisko / Full name	1.034 Telefon / Phone
Margit Wiedenmann	+49 734 805 0
1.035 E-mail	**1.036 Faks** / Fax
margit.wiedenmann@coltene.com	

E. Identyfikacja ... / Identification of the ...

1.037 ☐ I - ... importera / ... importer
☑ 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

Poldent Sp. z o.o.

1.041 Nazwa importera lub dystrybutora, skrócona / Name of the importer or distributor, abbreviated

Poldent

1.042 Miasto / City	1.043 Kod pocztowy / Postal code
Warszawa	00-194
1.044 Ulica, nr / Street, no.	**1.045 Skrytka pocztowa** / PO Box
Dzika 2	

Osoba do kontaktu / Contact person

1.046 Imię i nazwisko / Full name	1.047 Telefon / Phone
Małgorzata Spychała	22 351 76 56
1.048 E-mail	**1.049 Faks** / Fax
m.spychala@poldent.pl	

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 (badanie działania)** / ... carrying out performance evaluation
- ☐ **L - ... laboratorium wytwarzające na swój użytek wyrób IVD** / Laboratory produced in home IVD device
- ☐ **DL - ... podmiot wykonujący działalność leczniczą** / Entity performing medical activity
- ☐ **IZ - ... instytucja zdrowia publicznego /** Health institution
- ☐ **P - ... podmiot, który używa wyrobów do działalności gospodarczej lub zawodowej** / Entity that uses products for business or professional

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	**1**

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: 2023-07-25

Nazwisko / Name: Małgorzata Nowak-Niedźwiedzka

Podpis / Signature: 