

## OFERTA

Nawiązując do postępowania oznaczonego jako:

IZP.2411.155.2023.JM

„Zakup wraz z dostawą osprzętu i narzędzi endoskopowych dla Działu Diagnostyki i Terapii endoskopowej Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach”.

organizowanego przez:

Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach  
25-734 Kielce, ul. Artwińskiego 3

### WYKAZ DOKUMENTÓW

1. FORMULARZ OFERTOWY
2. FORMULARZE CENOWE
3. OŚWIADCZENIA WYKONAWCÓW-zał. Nr 3
4. PRZEDMIOTOWE ŚRODKI DOWODOWE:  
- deklaracja, powiadomienie, katalogi
5. CEIDG
6. Wniosek o oferty

Ilość wszystkich stron oferty: ....

**DRUK OFERTY**

Dot. postępowania na „Zakup wraz z dostawą osprzętu i narzędzi endoskopowych dla Działu Diagnostyki i Terapii endoskopowej Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach”.

nr sprawy: IZP.2411.155.2023.JM

**1. Dane Wykonawcy:**

**SUN-MED Spółka Cywilna Dominik Siekierski Sławomir Naparty**  
ul. Franciszkańska 104/112, 91-845 Łódź  
Tel. 42 650 87 37, Fax. 42 650 87 33  
E-mail: [biuro@sun-med.eu](mailto:biuro@sun-med.eu) , [www.sun-med.eu](http://www.sun-med.eu)  
REGON 101742829, NIP 7262653907  
Dominik Siekierski – współwłaściciel  
ul. Franciszkańska 104/112, 91-845 Łódź  
REGON:101732038, NIP:9471873301  
Sławomir Naparty – współwłaściciel  
ul. Franciszkańska 104/112, 91-845 Łódź  
REGON:101731955, NIP: 7282236957

ul. .... Franciszkańska 104/112..... kod pocztowy, miasto .....**91-845 Łódź** .....

województwo.....łódzkie.....kraj.....Polska.....

tel.....42 650-87-37.....e-mail.....[biuro@sun-med.eu](mailto:biuro@sun-med.eu).....

REGON .....**101742829**..... NIP .....**7262653907**.....

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

..... **Dominik Siekierski – współwłaściciel** .....

**(imię, nazwisko, stanowisko)**

**2. Dane Wykonawcy:**

.....  
ul. .... kod pocztowy, miasto

.....  
województwo.....kraj.....

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

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

**3. Dane Wykonawcy:**

.....  
ul. .... kod pocztowy, miasto

.....  
województwo.....kraj.....

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

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

1. 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..... zł. słownie.....

+ VAT.....

Brutto ..... zł. , słownie .....

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

**Pakiet nr 2**

Netto.....**41 000,00**..... zł. słownie.....czterdzieści jeden tysięcy ...

+ VAT.....8% .....**3 280,00 zł**.....

Brutto .....**44 280,00**..... zł. , słownie .....czterdzieści cztery tysiące dwieście osiemdziesiąt zł ..

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

**Pakiet nr 3**

Netto..... zł. słownie.....

+ VAT.....

Brutto ..... zł. , słownie .....

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

**Pakiet nr 4**

Netto..... zł. słownie.....

+ VAT.....

Brutto ..... zł. , słownie .....

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

**Pakiet nr 5**

Netto..... zł. słownie.....

+ VAT.....

Brutto ..... zł. , słownie .....

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

**Pakiet nr 6**

Netto..... zł. słownie.....

+ VAT.....

Brutto ..... zł., słownie .....

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

**Pakiet nr 7**

Netto..... zł. słownie.....

+ VAT.....

Brutto ..... zł., słownie .....

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

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
1.		
2.		

**\* 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.

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



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**

10. Wielkość przedsiębiorstwa:

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

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

..... **Dominik Siekierski**.....

Adres ..... **ul. Franciszkańska 104/112, 91-845 Łódź** .....

Telefon .....42 650-87-37..... fax .....42 650-87-33..... e-mail.....biuro@sun-med.eu.....

<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 nr 2

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
	asortyment	Opis	producent + nr katalogowy	ilości	jm	cena jedn. netto zł.	wartość netto zł. (kolumna 5x7)	Podatek (VAT %)	wartość brutto zł. (kolumna 8+9)
1.	Pętla nylonowa do podwiązywania polipów	Jednorazowe narzędzie służące do zapobiegania lub opanowania krwawienia po usunięciu uszypułowanych polipów, składające się ze wstępnie zmontowanego uchwytu, osłonki, rurki osłonowej i odłączalnej pętli nylonowej. Długość narzędzia 2300mm, średnica pętli 30mm; maksymalna średnica części wprowadzanej do endoskopu 2,6mm, minimalna średnica kanału roboczego endoskopu 2,8mm; pakowane w pojedyncze sterylne opakowania.	Leo Medical/EN10701	50	szt.	370,00	18 500,00	8%	19 980,00
2.	Jednorazowa igła do ostrzykiwania	Jednorazowa igła do ostrzykiwania; długość igły 4mm, 5mm lub 6mm, grubość igły 19G, 22G, 23G lub 25G. Minimalna długość narzędzia 1600mm; kolorowe oznaczenie grubości igły na uchwycie i opakowaniu. Blokada pozycji igły wysuniętej i schowanej; spirala ochronna zapobiegająca bocznej perforacji; minimalna średnica kanału roboczego 2,6mm; igły pakowane pojedynczo w sterylne opakowania po 10szt.	Technocast Otomotiv/SN.7.18.19.4.MK;S N.7.18.19.5.MK,SN.7.18.19.6. MK,SN.7.18.22.4.MK;SN.7.18. 22.5.MK,SN.7.18.22.6.MK,SN. 7.18.23.4.MK,SN.7.18.23.5.M K,SN.7.18.23.6.MK,SN.7.23.19 .4.MK,SN.7.23.19.5.MK,SN.7.2 3.19.6.MK,SN.7.23.22.4.MK,S N.7.23.22.5.MK,SN.7.23.22.6. MK,SN.7.23.23.4.MK,SN.7.23. 23.5.MK,SN.7.23.23.6.MK	500	szt.	45,00	22 500,00	8%	24 300,00
Razem							41 000,00		44 280,00

Okres sterility pakietów – 36 m-cy; data produkcji nie dłuższa niż 6m-cy od dnia dostawy towaru.

**Wykonawca:**

SUN-MED Spółka Cywilna Dominik Siekierski Sławomir Naparty  
ul. Franciszkańska 104/112, 91-845 Łódź  
Tel. 42 650 87 37, Fax. 42 650 87 33  
E-mail: [biuro@sun-med.eu](mailto:biuro@sun-med.eu), [www.sun-med.eu](http://www.sun-med.eu)  
REGON 101742829, NIP 7262653907

Dominik Siekierski – współwłaściciel  
ul. Franciszkańska 104/112, 91-845 Łódź  
REGON:101732038, NIP:9471873301

Sławomir Naparty – współwłaściciel  
ul. Franciszkańska 104/112, 91-845 Łódź  
REGON:101731955, NIP: 7282236957

(pełna nazwa/firma, adres, NIP/  
PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:

Dominik Siekierski współwłaściciel/ wpisany do CEiDG

Sławomir Naparty współwłaściciel/ wpisany do CEiDG

(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 osprzętu i narzędzi endoskopowych dla Działu Diagnostyki i Terapii endoskopowej Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach”.

nr sprawy: IZP.2411.155.2023.JM

**Ja Dominik Siekierski** 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:

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;

**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

---

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.

**Wykonawca:**

SUN-MED Spółka Cywilna Dominik Siekierski Sławomir Naparty  
ul. Franciszkańska 104/112, 91-845 Łódź  
Tel. 42 650 87 37, Fax. 42 650 87 33  
E-mail: [biuro@sun-med.eu](mailto:biuro@sun-med.eu), [www.sun-med.eu](http://www.sun-med.eu)  
REGON 101742829, NIP 7262653907

Dominik Siekierski – współwłaściciel  
ul. Franciszkańska 104/112, 91-845 Łódź  
REGON:101732038, NIP:9471873301

Sławomir Naparty – współwłaściciel  
ul. Franciszkańska 104/112, 91-845 Łódź  
REGON:101731955, NIP: 7282236957

(pełna nazwa/firma, adres, NIP/  
PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:

Dominik Siekierski współwłaściciel/ wpisany do CEiDG

Sławomir Naparty współwłaściciel/ wpisany do CEiDG

(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 osprzętu i narzędzi endoskopowych dla Działu Diagnostyki i Terapii endoskopowej Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach”.

nr sprawy: IZP.2411.155.2023.JM

**Ja Sławomir Naparty** 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>2</sup>

<sup>2</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:

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;

**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

---

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.

## 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 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 type="checkbox"/> W - Wytwórca / Manufacturer <input type="checkbox"/> A - Autoryzowany przedstawiciel / Authorized representative <input checked="" 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 <input type="checkbox"/> L - Laboratorium wytwarzające na swój użytek wyrób IVD / Laboratory produced in home IVD device	



<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> CN
<b>1.015 Nazwa wytwórcy, pełna / Name of the manufacturer, in full</b> Leo Medical Co., Ltd	
<b>1.016 Nazwa wytwórcy, skrócona / Name of the manufacturer, abbreviated</b> Leo Medical	
<b>1.017 Miasto / City</b> Changzhou	<b>1.018 Kod pocztowy / Postal code</b> 213022
<b>1.019 Ulica, nr / Street, no.</b> 18 Huashan Road	<b>1.020 Skrytka pocztowa / PO Box</b> -
<b>Osoba do kontaktu / Contact person</b>	
<b>1.021 Imię i nazwisko / Full name</b> Erin Liu	<b>1.022 Telefon / Phone</b> 00 86 519 85150750
<b>1.023 E-mail</b> lliu@loemed.cn	<b>1.024 Faks / Fax</b> 00 86 519 85150790

<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> GB
<b>1.027 Nazwa autoryzowanego przedstawiciela, pełna / Name of the authorized representative, in full</b> Lotus Global, Ltd.	
<b>1.028 Nazwa autoryzowanego przedstawiciela, skrócona / Name of the authorized representative, abbreviated</b> Lotus Global	
<b>1.029 Miasto / City</b> Londyn	<b>1.030 Kod pocztowy / Postal code</b> UB7 9GG
<b>1.031 Ulica, nr / Street, no.</b> 1 Four Seasons Terrace	<b>1.032 Skrytka pocztowa / PO Box</b> -
<b>Osoba do kontaktu / Contact person</b>	
<b>1.033 Imię i nazwisko / Full name</b> Xue Li Wei	<b>1.034 Telefon / Phone</b> 00 44 20 75868010
<b>1.035 E-mail</b> peter@lotusglobaluk.com	<b>1.036 Faks / Fax</b> 00 44 20 79006187

<b>E. Identyfikacja ... / Identification of the ...</b>	
	<input checked="" type="checkbox"/> <b>I - ... importera / ... importer</b> <input type="checkbox"/> <b>D - ... dystrybutora / ... distributor</b>
<b>1.038 Numer referencyjny / Reference number</b>	<b>1.037</b>
	<b>1.039 Kod kraju / Country code</b> PL
<b>1.040 Nazwa importera lub dystrybutora, pełna / Name of the importer or distributor, in full</b> Sun-Med Spółka Cywilna	
<b>1.041 Nazwa importera lub dystrybutora, skrócona / Name of the importer or distributor, abbreviated</b> Sun-Med	
<b>1.042 Miasto / City</b> Łódź	<b>1.043 Kod pocztowy / Postal code</b> 91-845
<b>1.044 Ulica, nr / Street, no.</b> Franciszkańska 104/112	<b>1.045 Skrytka pocztowa / PO Box</b> -
<b>Osoba do kontaktu / Contact person</b>	
<b>1.046 Imię i nazwisko / Full name</b> Marian Kobalczyk	<b>1.047 Telefon / Phone</b> 42 650 87 37
<b>1.048 E-mail</b> biuro@sun-med.eu	<b>1.049 Faks / Fax</b> 42 650 87 33



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

- 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
- L - ... laboratorium wytwarzające na swój użytek wyrób IVD / Laboratory produced in home IVD device

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

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

4

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

Łódź

Data / Date

2016-03-24

Nazwisko / Name

Sławomir Naparty

Podpis / Signature



## 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 Numer kolejny Załącznika nr 4 w obrębie tego powiadomienia</b> 1 Ordinal number of form no. 4 within this notification	<b>4.002 Numer referencyjny Załącznika nr 1 / Reference number of form no. 1</b>
B. Wykaz wyrobów / List of devices	
4.003 Nr referencyjny / Ref. no	4.004 Nazwa handlowa wyrobu / Trade name of device 1), 2)
	LeClamp Ligation Device
	LeClamp Ligating Device
	LeClamp Ligating Device LD-165, LD-195, LD-230
	LeTube Single-use Biliary Draining Tubing

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 Łódź

Data / Date 2016-03-24

Nazwisko / Name Sławomir Naparty

Podpis / Signature 

**SUN-MED s.c.**  
 ul. Franciszkańska 104/112  
 91-845 Łódź

- 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.



## DECLARATION OF CONFORMITY

**Manufacturer:** Leo Medical Co., Ltd.

1<sup>st</sup> and 2<sup>nd</sup> Floor, No.10 Building, 18Huashan Road, 213022 Changzhou  
City, Jiangsu Province, PEOPLE'S REPUBLIC OF CHINA

**European Representative:** Shanghai International Holding Corp. GmbH (Europe).  
Eiffestrasse 80, 20537 Hamburg, Germany

Product name	Classification (MDD, Annex IX)	Conformity assessment route
Single-use Stone Extraction Catheter	Ia/ rule 6	Annex II, excluding Section 4
Single-use Biliary Draining Tubing	Ia/ rule 6	
Single-use Stone Retrieval Basket	Ia/ rule 6	
Single-use Balloon Dilatation Catheter	Ia/ rule 6	
Ligation Device	Ia/ rule 7	
Sphincterotome	Ib/ rule 9	
Single-use Nitinol Stone Retrieval Basket	Ia/ rule 6	
Single-use Nasal Biliary Drainage Catheter	Ia/ rule 7	
Single-use Guidewire	Ia/ rule 6	
Polypectomy Snares	Ib/ rule 9	
Single-use Snare Probe	Ib/ rule 9	
PTA Balloon Dilatation Catheter	Ia /rule 6	
Single Use Injection Therapy Needle Catheter	Ia/ rule 6	
Single-use Biliary Drainage Catheter	Ia/ rule 6	

We herewith declare that the above mentioned products meet the transposition into national law, the provisions of the following EC Council Directives . All supporting documentations are retained under the premises of the manufacturer.

LeoMed is exclusively responsible for the DOC.

### DIRECTIVES

General applicable directives:

Medical Device Directive: COUNCIL DIRECTIVE Directive 93/42/EEC of 14 June 1993 concerning medical devices (MDD 93/42/EEC), amended by 2007/47/EC of 5 september, 2007.

Notified Body: TÜV SÜD Product Service GmbH, Ridlerstr. 65, 80339 München, Germany.

NB Identification number: 0123  
(EC) Certificate: G10864670010 Rev.2  
Expire date of the Certificate: 2024-05-26  
Start of CE Marking: 2019-07-25  
Place, Changzhou City, Jiangsu Province, P.R.China  
Date of Issue July, 25, 2019

Signature: 

Name: 马云鹏

Position: Quality and Regulatory Affairs Director

**LeoMed****Deklaracja zgodności**

Nazwa Wytwórcy: LeoMedical Co., Ltd.  
1 and 2 Floor, 10 Building, 18 Huashan Road, 213022 Changzhou  
City, Jiangsu Province, Chińska Republika Ludowa

Nazwa autoryzowanego przedstawiciela w UE: Shanghai Internationa Holding Corp. GmbH (Europe)  
Eiffestrasse 80, 20537 Hamburg, Niemcy

Nazwa wyrobu	Klasyfikacja (MDD, aneks IX)	Ścieżka oceny zgodności
Cewnik z balonem do usuwania kamieni, jednorazowego użytku	Ila/ reguła 6	Aneks II bez części 4
Zestaw / proteza do drenażu dróg żółciowych, jednorazowego użytku	Ila/ reguła 6	
Koszyk do usuwania kamieni, jednorazowego użytku	Ila/ reguła 6	
Cewnik z balonem do poszerzania, jednorazowego użytku	Ila/ reguła 6	
Urządzenie do ligacji (zaciskania polipów i krwawiących naczyń)	Ila/ reguła 7	
Sfinkterotom	Ilb/ reguła 9	
Nitinolowy koszyk do usuwania kamieni, jednorazowego użytku	Ila/ reguła 6	
Cewnik do drenażu nosowo-żółciowego, jednorazowego użytku	Ila/ reguła 7	
Prowadnik, jednorazowego użytku	Ila/ reguła 6	
Pętla do polipektomii	Ilb/ reguła 9	
Pętla z sondą, jednorazowego użytku	Ilb/ reguła 9	
Cewnik z balonem PTA do poszerzania	Ila/ reguła 6	
Cewnik z igłą do ostrzykiwania, jednorazowego użytku	Ila/ reguła 6	
Cewnik do drenażu dróg żółciowych, jednorazowego użytku	Ila/ reguła 6	

Niniejszym deklarujemy, że wyżej wymienione wyroby medyczne spełniają wymagania niżej wymienionej Dyrektywy Rady UE wraz przepisami przeniesionymi na grunt prawa narodowego. Cała wymagana dokumentacja pozostaje do wglądu u Wytwórcy.

Firma LeoMed ponosi wyłączną odpowiedzialność za wystawienie Deklaracji Zgodności.

#### DYREKTYWY

Zastosowane dyrektywy ogólne : Dyrektywa Rady MDD 93/42/EEC z 14 czerwca 1993, wraz z uzupełnieniem Dyrektywą Rady 2007/47/EC z 5 września 2007.

Jednostka notyfikowana: TUV SUD Product Service GmbH,  
Ridlerstrasse 65, 80339 Monachium, Niemcy

Numer identyfikacyjny jednostki notyfikowanej: 0123

Numer certyfikatu EC: G 10864670010 wersja 2

Data ważności certyfikatu: 2024-05-26

Początek oznaczania znakiem CE: 2019-07-25

Miejsce: Changzhou, Chiny, prowincja Jiangsu,  
Ch.R.L

Data wydania: 25 lipca 2019

Podpis:

Podpis nieczytelny

Dyrektor ds. Jakości i Działań Prawnych

## Narzędzie do zakładania pętli na polipy i krwawiące naczynia

### Wytwórca:

**Leo Medical Co., Ltd.**, Add : 2 Floor, 10 Building, 18 Huashan Road, Changzhou, China

### Dostawca:

**KeySurgical**, Staeckenhoop 6, 21465 Wentorf bei Hamburg, Germany

### LECLAMP



### Opis wyrobu

Narzędzie do zapobiegania lub opanowania krwawienia po usunięciu uszypułowanych polipów, gotowe do użycia po wyjęciu z opakowania, sterylne, jednorazowego użytku.

Skład: zmontowany wstępnie uchwyt, osłonka, rurka osłonowa, odłączana pętla nylonowa.

Długość – 2300 mm.

Nr katalogowy	Opis	Kształt	Średnica koszulki	Średnica pętli
EN 10701	20	Owal	2,6 mm	30 mm

Opakowanie – 1 sztuka oddzielnie zapakowanego urządzenia, gotowego do użycia.

## Oświadczenie

W imieniu reprezentowanej przeze mnie firmy

**SUN-MED Spółka Cywilna**  
**ul. Franciszkańska 104/112**  
**91-845 Łódź**

oświadczam iż wyroby medyczne zaoferowane w części nr 2 pozycja 2 w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego: Zakup wraz z dostawą osprzętu i narzędzi endoskopowych dla Działu Diagnostyki i Terapii endoskopowej Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach”, nr sprawy IZP.2411.155.2023.JM nie były dotychczas sprowadzane od ich wytwórcy oraz wprowadzane przez naszą firmę do obrotu i stosowania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Powiadomienie zostanie dokonane po wprowadzeniu oferowanego asortymentu do obrotu i stosowania zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Łódź, dnia 2023-07-26

.....  
(podpis)





Część 2 poz. 2

# EC CERTIFICATE

## Full Quality Assurance System Medical Devices Directive 93/42/EEC Annex II (Excluding Section 4)

Company Name : Technocast Otomotiv San ve Tic. A.Ş.

Company Address : Organize Sanayi Bölgesi Gazi Osman Paşa Mah. 6. Cad. No:12  
Çerkezköy TEKİRDAĞ / TURKEY

Üretim Adresi : Technocast Otomotiv San ve Tic. A.Ş Medikal Şubesi  
Çerkezköy Organize San. Bölg. Gazi Osman Paşa Mah. 6. Cad.  
No:26 Çerkezköy TEKİRDAĞ/ TURKEY

Related Directives and Annex : 93/42/EEC Medical Devices Directive - Annex II (Excluding Section 4)

Product : Sclerotherapy Needle - Class IIa - Sterile  
Pancreatic Stent - Class IIa - Sterile  
Stent Pusher - Class Is - Sterile  
Stent Pusher and Delivery Catheter - Class Is - Sterile  
Stent Pusher and Biliary Stent - Class IIa - Sterile  
Biliary Stent Set - Class IIa - Sterile

GMDN : 38825, 42701, 46689, 46689, 46689, 46689

Certificate Number : M.2021.106.14330

Report Number : MD.3157.IB

Initial Assessment Date : 05.01.2021

Registration Date : 19.03.2021

Revision Date /No : -

Expiry Date : 27.05.2024



UDEM International Certification  
Auditing Training Centre Industry  
and Trade Inc. Co.

UDEM hereby declares that the requirements of Annex II, excluding section 4 of the 93/42/EEC Directive have been met for the listed products. The above named manufacturer has established and applies a quality assurance system, which is subject to periodic surveillance audits, defined by Annex II, section 5 of the forementioned directive. According to Annex II, section 4 an EC design- examination certificate is required for placing the Class III devices on the market. UDEM's responsibility for class I devices covered by the EC certificate is limited to manufacturing issues related to safeguarding and maintaining sterile conditions, if the device is sterile; and manufacturing issues related to product's conformity with metrological requirements, if it has measurement function. This certificate remains as the property of UDEM International Certification Auditing Training Centre Industry and Trade Inc. Co. to whom it must be returned upon request. The above named company and UDEM must keep a copy of this certificate for 5 years from the registration of the certificate. Usage of the CE mark is under the responsibility of the manufacturer with the completion of EC Declaration of Conformity. The above mentioned company must notify all changes related with the approved product to UDEM. If UDEM will not renew the expiry date of this certificate in question, the mentioned



**Address:** Mutlukent Mahallesi 2073 Sokak (Eski 93 Sokak) No:10 Çankaya – Ankara – TURKEY  
**Phone:** +90 0312 443 03 90 **Fax:** +90 0312 443 03 76  
**E-mail:** info@udemltd.com.tr www.udem.com.tr



# Igły do skleroterapii

**Producent: Technocast Otomotiv San.ve Tic.A.Ş.**

Organize Sanayi Bölgesi G. O. Paşa Mah.6 Cad.No:12, Çerkezköy-Tekirdağ/TURKEY

**Dystrybucja w Polsce:**

 **SUN-MED**

SUN-MED Spółka Cywilna  
ul. Franciszkańska 104/112  
91-845 Łódź  
tel.: 42 650-87-37  
faks: 42 650-87-33

## Igły do skleroterapii

Urządzenie jest przeznaczone do użytku z endoskopami posiadającymi kanały robocze o średnicy 2,8 mm lub większej.

Blokada pozycji wysuniętej/schowanej igły.

Pakowane osobno w sterylne opakowania. Opakowania 10 sztuk.

Na opakowaniu 4 naklejki informacyjne do dokumentacji medycznej.

Grubości igły kodowane kolorami na igle i opakowaniu.



Dostępne w różnych konfiguracjach wg danych z tabeli.

Typ produktu	SN	Igła do skleroterapii
Średnica cewnika	5	5F
	7	7F
<b>Długość cewnika</b>	<b>18</b>	<b>180 cm</b>
	<b>21</b>	<b>210 cm</b>
	<b>23</b>	<b>230 cm</b>
Średnica igły	19	19G
	20	20G
	21	21G
	22	22G
	23	23G
	25	25G
<b>Długość igły</b>	<b>4</b>	<b>4 mm</b>
	<b>5</b>	<b>5 mm</b>
	<b>6</b>	<b>6 mm</b>
	<b>7</b>	<b>7 mm</b>
Typ końcówki	D	Zaokrąglony
	T	Stemperowany
	MD	Metalowy zaokrąglony
	MK	Metalowy stemperowany
	MN	Metalowy igłowy

Kodowanie numeru katalogowego:

SN	5	25	5	18	D
1	2	3	4	5	6

- 1- **SN**: typ produktu
- 2- **5**: średnica cewnika
- 3- **25**: średnica igły
- 4- **5**: długość igły
- 5- **18**: długość cewnika
- 6- **D**: typ końcówki

Igły 5F dostępne w cewniku średnicy 23G, 25G.



## **Wniosek o udostępnienie oferty oraz innych dokumentów**

Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach  
25-734 Kielce, ul. Artwińskiego 3

Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia publicznego

„Zakup wraz z dostawą osprzętu i narzędzi endoskopowych dla Działu Diagnostyki i Terapii endoskopowej Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach”.  
znak sprawy:

IZP.2411.155.2023.JM

Na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy o dostępie do informacji publicznej z dnia 6 września 2001 r. (Dz. U. Nr 112, poz. 1198 ze zm.) zwracam się z prośbą o udostępnienie poniższych dokumentów:

**Oferta cenowa (formularz cenowy) wraz z ewentualnymi załącznikami w postaci kart katalogowych, materiałów informacyjnych**  
w zakresie **części nr 2**

Jednocześnie proszę o przesłanie informacji pocztą elektroniczną na podany adres e-mail: [afrydrysiak@sun-med.eu](mailto:afrydrysiak@sun-med.eu)

Z poważaniem



## Dane podstawowe

Nazwa firmy przedsiębiorcy  
DOMINIK SIEKIERSKI wspólnik spółki cywilnej SUN-MED

Imię  
DOMINIK

NIP  
9471873301

Nazwisko  
SIEKIERSKI

REGON  
101732038

Przedsiębiorca posiada obywatelstwa państw  
Polska

## Dane kontaktowe

Telefon

-

Strona WWW

-

Adres e-mail

-

Inna forma kontaktu

-

## Dane adresowe

Stale miejsce wykonywania działalności gospodarczej  
woj. ŁÓDZKIE, pow. Łódź, gm. Łódź-Bałuty, miejsc. Łódź, ul. Franciszkańska, nr 104/112, 91-845

Dodatkowe stale miejsca wykonywania działalności gospodarczej

-

Adres do doręczeń

woj. ŁÓDZKIE, pow. Łódź, gm. Łódź-Bałuty, miejsc. Łódź, ul. Franciszkańska, nr 104/112, 91-845

## Dane dodatkowe

Data rozpoczęcia wykonywania działalności gospodarczej  
2014-04-01

Data zaprzestania wykonywania działalności gospodarczej

-

Data zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej

-

Data wykreślenia wpisu z rejestru

-

Data wznowienia wykonywania działalności gospodarczej

-

Małżeńska wspólność majątkowa

Nie

Status indywidualnej działalności gospodarczej

Działalność jest prowadzona wyłącznie w formie spółki/spółek cywilnych

Data zgonu przedsiębiorcy

-

Data ustanowienia zarządu sukcesyjnego

-

Data wygaśnięcia zarządu sukcesyjnego

-

Przeważająca działalność gospodarcza (kod PKD)

46.46.Z Sprzedaż hurtowa wyrobów farmaceutycznych i medycznych

Wykonywana działalność gospodarcza (kody PKD)

46.46.Z Sprzedaż hurtowa wyrobów farmaceutycznych i medycznych

73.20.Z Badanie rynku i opinii publicznej

73.11.Z Działalność agencji reklamowych

47.74.Z Sprzedaż detaliczna wyrobów medycznych, włączając ortopedyczne, prowadzona w wyspecjalizowanych sklepach

47.52.Z Sprzedaż detaliczna drobnych wyrobów metalowych, farb i szkła prowadzona w wyspecjalizowanych sklepach

## Spółki cywilne, których współnikiem jest przedsiębiorca

Dane spółki

NIP: 7262653907 REGON: 101742829, Data zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej w spółce: -

---

## Zakazy

brak wpisów

---

## Informacje dotyczące upadłości / postępowania naprawczego / postępowania restrukturyzacyjnego

brak wpisów

---

## Zarządca sukcesyjny

Data ustanowienia zarządcy

-

Adres e-mail

-

Imię i nazwisko

Magdalena Siekierska

Strona www

-

NIP

-

Telefon

-

Zarządca sukcesyjny posiada obywatelstwa państw

Polska

Adres do doręczeń

-

---

Przedsiębiorca ma obowiązek posiadać tytuł prawny do nieruchomości, której adres wpisano do CEIDG, pod rygorem wykreślenia z CEIDG (wpisowi podlegają adres do doręczeń oraz jeżeli przedsiębiorca takie miejsce posiada adres stałego miejsca wykonywania działalności gospodarczej).

Przedsiębiorca ma obowiązek dokonywać zmian wpisu w terminach, określonych w art. 15 ust. 1 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. o Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej i Punkcie Informacji dla Przedsiębiorcy pod rygorem wykreślenia z CEIDG.

Osoba fizyczna wpisana do CEIDG może ponieść odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną zgłoszeniem do CEIDG nieprawdziwych danych, jeżeli podlegały obowiązkowi wpisu na jej wniosek, a także niezgłoszeniem danych podlegających wpisowi do CEIDG w ustawowym terminie albo niezgłoszeniem zmian danych objętych wpisem.

Organy administracji publicznej nie mogą domagać się od przedsiębiorców okazywania, przekazywania lub załączania do wniosków i innych przedkładanych przed nimi pism, zaświadczeń o wpisie do CEIDG.

**Ważna informacja**

Rejestracja w CEIDG i wszelkie czynności związane z wpisem są bezpłatne



## Dane podstawowe

Nazwa firmy przedsiębiorcy  
SŁAWOMIR NAPARTY wspólnik spółki cywilnej SUN - MED

Imię  
Sławomir

NIP  
7282236957

Nazwisko  
Naparty

REGON  
101731955

Przedsiębiorca posiada obywatelstwa państw  
Polska

## Dane kontaktowe

Telefon

-

Strona WWW

-

Adres e-mail

-

Inna forma kontaktu

-

## Dane adresowe

Stale miejsce wykonywania działalności gospodarczej  
woj. ŁÓDZKIE, pow. Łódź, gm. Łódź-Bałuty, miejsc. Łódź, ul. Franciszkańska, nr 104/112, 91-845

Dodatkowe stale miejsca wykonywania działalności gospodarczej

-

Adres do doręczeń

woj. ŁÓDZKIE, pow. Łódź, gm. Łódź-Bałuty, miejsc. Łódź, ul. Franciszkańska, nr 104/112, 91-845

## Dane dodatkowe

Data rozpoczęcia wykonywania działalności gospodarczej  
2014-04-01

Data zaprzestania wykonywania działalności gospodarczej

-

Data zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej

-

Data wykreślenia wpisu z rejestru

-

Data wznowienia wykonywania działalności gospodarczej

-

Małżeńska wspólność majątkowa

Tak

Status indywidualnej działalności gospodarczej

Działalność jest prowadzona wyłącznie w formie spółki/spółek cywilnych

Data zgonu przedsiębiorcy

-

Data ustanowienia zarządu sukcesyjnego

-

Data wygaśnięcia zarządu sukcesyjnego

-

Przeważająca działalność gospodarcza (kod PKD)

46.46.Z Sprzedaż hurtowa wyrobów farmaceutycznych i medycznych

Wykonywana działalność gospodarcza (kody PKD)

46.46.Z Sprzedaż hurtowa wyrobów farmaceutycznych i medycznych

73.20.Z Badanie rynku i opinii publicznej

73.11.Z Działalność agencji reklamowych

47.74.Z Sprzedaż detaliczna wyrobów medycznych, włączając ortopedyczne, prowadzona w wyspecjalizowanych sklepach

47.52.Z Sprzedaż detaliczna drobnych wyrobów metalowych, farb i szkła prowadzona w wyspecjalizowanych sklepach



## Spółki cywilne, których współnikiem jest przedsiębiorca

Dane spółki

NIP: 7262653907 REGON: 101742829, Data zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej w spółce: -

---

## Zakazy

brak wpisów

---

## Informacje dotyczące upadłości / postępowania naprawczego / postępowania restrukturyzacyjnego

brak wpisów

---

## Zarządca sukcesyjny

Data ustanowienia zarządcy

-

Adres e-mail

-

Imię i nazwisko

Anna Naparty

Strona www

-

NIP

-

Telefon

-

Zarządca sukcesyjny posiada obywatelstwa państw

Polska

Adres do doręczeń

-

---

Przedsiębiorca ma obowiązek posiadać tytuł prawny do nieruchomości, której adres wpisano do CEIDG, pod rygorem wykreślenia z CEIDG (wpisowi podlegają adres do doręczeń oraz jeżeli przedsiębiorca takie miejsce posiada adres stałego miejsca wykonywania działalności gospodarczej).

Przedsiębiorca ma obowiązek dokonywać zmian wpisu w terminach, określonych w art. 15 ust. 1 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. o Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej i Punkcie Informacji dla Przedsiębiorcy pod rygorem wykreślenia z CEIDG.

Osoba fizyczna wpisana do CEIDG może ponieść odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną zgłoszeniem do CEIDG nieprawdziwych danych, jeżeli podlegały obowiązkowi wpisu na jej wniosek, a także niezgłoszeniem danych podlegających wpisowi do CEIDG w ustawowym terminie albo niezgłoszeniem zmian danych objętych wpisem.

Organy administracji publicznej nie mogą domagać się od przedsiębiorców okazywania, przekazywania lub załączania do wniosków i innych przedkładanych przed nimi pism, zaświadczeń o wpisie do CEIDG.

**Ważna informacja**

Rejestracja w CEIDG i wszelkie czynności związane z wpisem są bezpłatne