

## 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

<b>A. Identyfikacja powiadomienia / Identification of notification</b>	
<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>B. Wykaz wyrobów / List of devices</b>	
<b>4.003 Nr referencyjny / Ref. no</b>	<b>4.004 Nazwa handlowa wyrobu / Trade name of device 1), 2)</b> FLEXI-SEAL PRIVACY WORKI ZBIORCZE Z APS FILTREM DO SYSTEMU KONTROLOWANEJ ZBIÓRKI STOLCA

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.

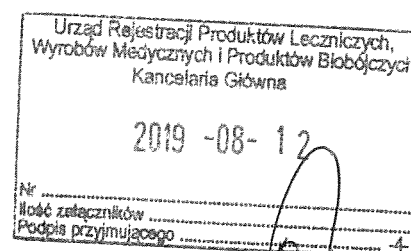
Miasto / City Warszawa

Data / Date 2019-08-12

Nazwisko / Name Dorota Piotrowska

Podpis / Signature 

- 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.

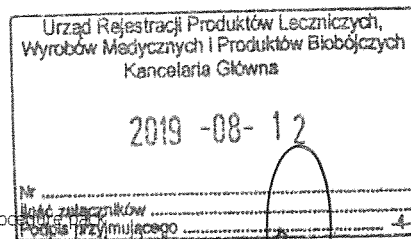


## Formularz dla podmiotów / Form for organizations

<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  Dodano dane Autoryzowanego Przedstawiciela. Zaktualizowano dane osoby kontaktowej ze strony Wytwórcy.	
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	



<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> GB
<b>1.015 Nazwa wytwórcy, pełna / Name of the manufacturer, in full</b>  ConvaTec Limited	
<b>1.016 Nazwa wytwórcy, skrócona / Name of the manufacturer, abbreviated</b>  ConvaTec Limited	
<b>1.017 Miasto / City</b> Deeside	<b>1.018 Kod pocztowy / Postal code</b> CH5 2NU
<b>1.019 Ulica, nr / Street, no.</b> First Avenue, Deeside Industrial Park, Flintshire	<b>1.020 Skrytka pocztowa / PO Box</b>
<b>Osoba do kontaktu / Contact person</b>	
<b>1.021 Imię i nazwisko / Full name</b> Duncan Rowley	<b>1.022 Telefon / Phone</b> +441244584052
<b>1.023 E-mail</b> duncan.rowley@convatec.com	<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> DK
<b>1.027 Nazwa autoryzowanego przedstawiciela, pełna / Name of the authorized representative, in full</b>  Unomedical A/S	
<b>1.028 Nazwa autoryzowanego przedstawiciela, skrócona / Name of the authorized representative, abbreviated</b>  Unomedical A/S	
<b>1.029 Miasto / City</b> Lejre	<b>1.030 Kod pocztowy / Postal code</b> 4320
<b>1.031 Ulica, nr / Street, no.</b> Aaholmvej 1-3, Osted	<b>1.032 Skrytka pocztowa / PO Box</b>
<b>Osoba do kontaktu / Contact person</b>	
<b>1.033 Imię i nazwisko / Full name</b> Lars Bresler	<b>1.034 Telefon / Phone</b> +4548167000
<b>1.035 E-mail</b> lars.bresler@convatec.com	<b>1.036 Faks / Fax</b>

<b>E. Identyfikacja ... / Identification of the ...</b>	
	<input type="checkbox"/> I - ... importera / ... importer <input checked="" type="checkbox"/> D - ... dystrybutora / ... distributor
<b>1.038 Numer referencyjny / Reference number</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>  ConvaTec Polska sp. z o.o.	
<b>1.041 Nazwa importera lub dystrybutora, skrócona / Name of the importer or distributor, abbreviated</b>  ConvaTec Polska	
<b>1.042 Miasto / City</b> Warszawa	<b>1.043 Kod pocztowy / Postal code</b> 00-609
<b>1.044 Ulica, nr / Street, no.</b> al. Armii Ludowej 26	<b>1.045 Skrytka pocztowa / PO Box</b>
<b>Osoba do kontaktu / Contact person</b>	
<b>1.046 Imię i nazwisko / Full name</b> Dorota Piotrowska	<b>1.047 Telefon / Phone</b> +48225796650
<b>1.048 E-mail</b> dorota.piotrowska@convatec.com	<b>1.049 Faks / Fax</b>

<b>F. Identyfikacja ... / Identification of the organization ...</b>  <input type="checkbox"/> Z - ... podmiotu zestawiającego system lub zestaw zabiegowy / ... assembling system or procedure pack <input type="checkbox"/> S - ... podmiotu sterylizującego wyrób medyczny, system lub zestaw zabiegowy / ... sterilizing medical device, system or procedure pack <input type="checkbox"/> O - ... Świadczeniodawcy wykonującego ocenę działania / ... carrying out performance evaluation <input type="checkbox"/> 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

<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  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 Dorota Piotrowska - ConvaTec Polska sp. z o.o.	
1.064 Miasto / City Warszawa	1.065 Kod pocztowy / Postal code 00-609
1.066 Ulica, nr / Street, no. al. Armii Ludowej 26	1.067 Skrytka pocztowa / PO Box
1.068 Telefon / Phone +48225796650	1.069 Faks / Fax

<b>H. Liczba wyrobów objętych tym zgłoszeniem lub powiadomieniem / Number of devices covered by this notification</b> 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 2019-08-12

Nazwisko / Name Dorota Piotrowska

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

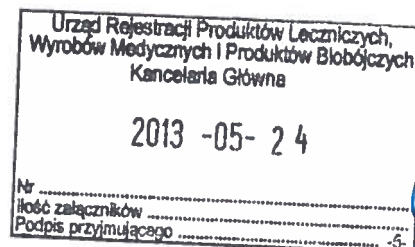
<b>A. Identyfikacja powiadomienia / Identification of notification</b>	
<b>4.001 Numer kolejny Załącznika nr 4 w obrębie tego powiadomienia</b> <b>1</b> Ordinal number of form no. 4 within this notification	<b>4.002 Numer referencyjny Załącznika nr 1 / Reference number of form no. 1</b>
<b>B. Wykaz wyrobów / List of devices</b>	
<b>4.003 Nr referencyjny / Ref. no</b>	<b>4.004 Nazwa handlowa wyrobu / Trade name of device 1), 2)</b>
	<b>FLEXI-SEAL PRIVACY WORKI ZBIORCZE Z APS FILTREM DO SYSTEMU KONTROLOWANEJ ZBIÓRKI STOŁCA</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 WarszawaData / Date 2013-05-24Nazwisko / Name Dorota PiotrowskaPodpis / Signature 

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.



## Formularz dla podmiotów / Form for organizations

<b>A. Identyfikacja właściwego organu / Identification of the Competent Authority</b>	
1.001 Kod / Code <b>PL/CA01</b>	
1.002 Nazwa w języku miejscowym - po polsku / Name in local language - in Polish <b>Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych</b>	
1.003 Nazwa po angielsku / Name in English <b>The Office for Registration of Medicinal Products, Medical Devices and Biocidal Products</b>	
1.004 Kod kraju / Country code <b>PL</b>	1.005 Kod pocztowy i miasto / Postal code and city <b>03-736 Warszawa</b>
1.006 Ulica, nr / Street, no. <b>Ząbkowska 41</b>	1.007 Telefon / Phone <b>+48 22 4921100</b>

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 <div data-bbox="1005 1442 1430 1706"><p>Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych Kancelaria Główna</p><p>2013 -05- 24</p><p>Nr ..... Ilość załączników ..... Podpis przyjmującego .....</p></div>	
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	

<b>C. Identyfikacja wytwórcy / Identification of the manufacturer</b>	
1.013 Numer referencyjny / Reference number	1.014 Kod kraju / Country code <b>GB</b>
1.015 Nazwa wytwórcy, pełna / Name of the manufacturer, in full <b>ConvaTec Limited</b>	
1.016 Nazwa wytwórcy, skrócona / Name of the manufacturer, abbreviated <b>ConvaTec Limited</b>	
1.017 Miasto / City <b>Deeside</b>	1.018 Kod pocztowy / Postal code <b>CH5 2 NU</b>
1.019 Ulica, nr / Street, no. <b>Unit 20, 1st. Avenue, Deeside Industrial Park, Flintshire</b>	1.020 Skrytka pocztowa / PO Box
Osoba do kontaktu / Contact person	
1.021 Imię i nazwisko / Full name <b>Linda Harris</b>	1.022 Telefon / Phone <b>+44.1895.628.377</b>
1.023 E-mail <b>linda.harris@convatec.com</b>	1.024 Faks / Fax <b>+44.1895.628.339</b>

<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>	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>1.037</span> <div> <input type="checkbox"/> I - ... importera / ... Importer  <input checked="" type="checkbox"/> D - ... dystrybutora / ... distributor </div> </div>	
1.038 Numer referencyjny / Reference number	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>ConvaTec Polska Sp. z o.o.</b>	
1.041 Nazwa importera lub dystrybutora, skrócona / Name of the importer or distributor, abbreviated <b>ConvaTec Polska</b>	
1.042 Miasto / City <b>Warszawa</b>	1.043 Kod pocztowy / Postal code <b>00-609</b>
1.044 Ulica, nr / Street, no. <b>Al. Armii Ludowej 26</b>	1.045 Skrytka pocztowa / PO Box
Osoba do kontaktu / Contact person	
1.046 Imię i nazwisko / Full name <b>Dorota Piotrowska</b>	1.047 Telefon / Phone <b>22.579.66.34</b>
1.048 E-mail <b>dorota.piotrowska@convatec.com</b>	1.049 Faks / Fax <b>22.579.66.44</b>

<b>F. Identyfikacja ... / Identification of the organization ...</b>	
<input type="checkbox"/> Z - ... podmiotu zestawiającego system lub zestaw zabiegowy / ... assembling system or procedure pack <input type="checkbox"/> S - ... podmiotu sterylizującego wyrób medyczny, system lub zestaw zabiegowy / ... sterilizing medical device, system or procedure pack <input type="checkbox"/> 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

<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	
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 <b>Dorota Piotrowska - ConvaTec Polska Sp. z o.o.</b>	
1.064 Miasto / City <b>Warszawa</b>	1.065 Kod pocztowy / Postal code <b>00-609</b>
1.066 Ulica, nr / Street, no. <b>Al. Armii Ludowej 26</b>	1.067 Skrytka pocztowa / PO Box
1.068 Telefon / Phone <b>22.579.66.50</b>	1.069 Faks / Fax <b>22.579.66.44</b>


<b>H. Liczba wyrobów objętych tym zgłoszeniem lub powiadomieniem / Number of devices covered by this notification</b>	
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	<b>0</b>
1.071 Liczba dołączonych Załączników nr 3 / Number of attached forms no. 3	<b>0</b>
1.072 Liczba wyrobów wymienionych w dołączonych Załącznikach nr 4 / Number of devices listed in attached forms no. 4	<b>1</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 2013-05-24

Nazwisko / Name Dorota Piotrowska Podpis / Signature 



	Effective Date:	24-Jul-2020	CR:	CR-040524
	Status:	Effective	Version:	2.0, CURRENT
	Group:	Change Control	Sites:	CC-Deeside-R&D
	Artifact Name:	WI - Work Instruction	Name:	WI-0506
	Title:	Declaration of Conformity under EU Medical Device Regulation 2017/745		

### **EU Declaration of Conformity**

#### **Flexi Seal Faecal Management System collection bags**


#### **DS10-255**


#### **Technical Documentation MDR CCCTF 013**


This Declaration of Conformity is issued under the sole responsibility of ConvaTec Limited.

We hereby declare that the mentioned product/ attached list of product comply with the applicable general safety and performance requirements and provisions of EU Medical Device Regulation (EU) 2017/745

Legal Manufacturer:	ConvaTec Limited First Avenue, Deeside Industrial Park, Deeside, Flintshire CH52NU United Kingdom
SRN	GB-MF-000001770
Authorized Representative:	Unomedical A/S Aaholmvej 1-3, Osted, 4320, Lejre Denmark
Product Name:	Flexi-Seal Faecal Management collection bags
GMDN Code and Title:	<b>47038</b> - A receptacle intended to be used for the collection of liquid or semi-liquid stool (faeces) from a dedicated catheter intended to be attached to the bag proximally and inserted into the rectum distally, and adaptors/connectors. It is made of soft plastic material and may also include a drainage port and a syringe to drain faecal matter and/or to deliver medication. This is a single-use device.
Basic UDI-DI	768455HC0015XX
Identification of the device(s) concerned:	Refer to Appendix A
Catalogue Number:	Refer to Appendix A

	Effective Date:	24-Jul-2020	CR:	CR-040524
	Status:	Effective	Version:	2.0, CURRENT
	Group:	Change Control	Sites:	CC-Deeside-R&D
	Artifact Name:	WI - Work Instruction	Name:	WI-0506
	Title:	Declaration of Conformity under EU Medical Device Regulation 2017/745		

Intended purpose:	These Flexi-Seal FMS products are intended to be used for the purpose of safely and effectively diverting faecal matter in order to protect patients' wounds from faecal contamination and reduce the risks of both skin breakdown and the spread of infection, keep bed linen clean, as well as protect other patients and healthcare providers from cross contamination.
Risk Classification:	Class I as per Rule 1 in Annex VIII
Conformity Assessment Route:	Annex II and III of EU Medical Device Regulation (EU) 2017/745
Relevant Harmonized Standards	N/A at time of approval there are no Harmonised standards to the Medical device Regulation 2017/745
References to any CS:	No common specifications have been used in relation to conformity
Identification of Notified Body:	Not Applicable – Class I non-sterile device
Identification of the Certificate(s):	EC Quality Management System Certificate No. CE MD 670405, issued by BSI Notified Body Number 2797
Identification of the person authorized to sign on behalf of Legal Manufacturer:	<p><b>Name:</b> Gary Barrett</p>  <p><b>Signature:</b></p> <p>Vice President, Regulatory Affairs</p> <p>Place of Issue: Deeside, Flintshire</p> <p>Date: May 25 2021</p>

	Effective Date:	24-Jul-2020	CR:	CR-040524
	Status:	Effective	Version:	2.0, CURRENT
	Group:	Change Control	Sites:	CC-Deeside-R&D
	Artifact Name:	WI - Work Instruction	Name:	WI-0506
	Title:	Declaration of Conformity under EU Medical Device Regulation 2017/745		

**Appendix A:** List of Product Range covered under this Declaration of Conformity

SAP	ICC Code	Description
1249277	411102	FLEXI-SEAL FMS COLLNBAG W/FILT(1X10)EUR
1704338	411108	FLEXISEAL FMS PRIVACY COLLNBAG WF 1X10EU
1723327	422291	FLEXISEAL FMS 1.0 FMS BAGS 5 PK