

## 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 Original 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)
	Implant ślimakowy: Nucleus CI612 cochlear implant with Contour Advance electrode [CI612]
	Implant ślimakowy: Nucleus CI622 cochlear implant with Slim Straight electrode [CI622]
	Implant ślimakowy: Nucleus CI632 cochlear implant with Slim Modiolar electrode [CI632]
	Cochlear Nucleus Replacement Magnet Cassette
	Cochlear Nucleus Non-Magnetic Cassette

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 Wrocław

Data / Date 2019-06-24

Nazwisko / Name Marek Mazur

Podpis / Signature

WICEPREZES

Marek Mazur

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 wytwórcę nie ma siedziby lub miejsca zamieszkania w państwie członkowskim,
- jeden, wspólny, krótki opis wyrobu i jego przewidywane zastosowanie,
- jedna, możliwie najbardziej szczegółową nazwę rozróżniową,
- jeden kod wyrobu według Clabina, 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 - jedną nazwę handlową w języku polskim albo jedną nazwę handlową w języku angielskim.

2) Systemy lub zestawy zabiegowe o tym samym przeznaczeniu, zestaw one 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).

<b>F. Identyfikacja ...</b> Identification of the organization ...	
<input type="checkbox"/> Z ... podmiotu zestawiającego system lub zestaw zabiegowy <input type="checkbox"/> S ... podmiotu sterylizującego wyrób medyczny, system lub zestaw zabiegowy <input type="checkbox"/> O ... Świadczeniodawcy wykonującego ocenę działania <input type="checkbox"/> L ... laboratorium wytwarzające na swój użytek wyrób IVD	
1.050	
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	
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
<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	5

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 Wrocław

Data / Date 2019-06-24

Nazwisko / Name Marek Mazur

Podpis / Signature

WICEPREZES  
  
 Marek Mazur

## 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
1.006 Ulica, nr / Street, no.	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	
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 / Organizer/ assembling system or procedure pack <input type="checkbox"/> S - Podmiot sterylizujący wyrób medyczny, system lub zestaw zabiegowy / Organizer/sterilizing medical device, system or procedure pack <input type="checkbox"/> O - Świadczeniodawca wykonujący ocenę działania / Organizer/ carrying out performance evaluation <input type="checkbox"/> L - Laboratorium wytwarzające na swój użytek wyrób IVD / Laboratory produced in-house IVD device	

<b>C. Identyfikacja wytwórcy / Identification of the manufacturer</b>	
1.013 Numer referencyjny / Reference number	1.014 Kod kraju / Country code AU
1.015 Nazwa wytwórcy, pełna / Name of the manufacturer, in full Cochlear Limited	
1.016 Nazwa wytwórcy, skrócona / Name of the manufacturer, abbreviated Cochlear Ltd.	
1.017 Miasto / City Macquarie University	1.018 Kod pocztowy / Post code NSW 2109
1.019 Ulica, nr / Street, no. 1 University Avenue	1.020 Skrytka pocztowa / PO Box
Osoba do kontaktu / Contact person	
1.021 Imię i nazwisko / Full name Johan Brinch	1.022 Telefon / Phone +61294386555
1.023 E-mail jbrinch@cochlear.au	1.024 Faks / Fax +61294286352
<b>D. Identyfikacja autoryzowanego przedstawiciela / Identification of the authorized representative</b>	
1.025 Numer referencyjny / Reference number	1.026 Kod kraju / Country code DE
1.027 Nazwa autoryzowanego przedstawiciela, pełna / Name of the authorized representative, in full Cochlear Deutschland GmbH & Co. KG	
1.028 Nazwa autoryzowanego przedstawiciela, skrócona / Name of the authorized representative, abbreviated Cochlear GmbH	
1.029 Miasto / City Hannover	1.030 Kod pocztowy / Post code 30625
1.031 Ulica, nr / Street, no. Karl-Wiechert-Allee 76A	1.032 Skrytka pocztowa / PO Box
Osoba do kontaktu / Contact person	
1.033 Imię i nazwisko / Full name Barry Smith	1.034 Telefon / Phone +41612050442
1.035 E-mail bsmith@cochlear.com	1.036 Faks / Fax +41612050405
<b>E. Identyfikacja ... / Identification of the ...</b>	
1.037 <input type="checkbox"/> I - ... importera / ... importer <input checked="" type="checkbox"/> 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 Medicus Sp. z o.o.	
1.041 Nazwa importera lub dystrybutora, skrócona / Name of the importer or distributor, abbreviated	
1.042 Miasto / City Wrocław	1.043 Kod pocztowy / Post code 50-224
1.044 Ulica, nr / Street, no. Plac Strzelecki 24	1.045 Skrytka pocztowa / PO Box
Osoba do kontaktu / Contact person	
1.046 Imię i nazwisko / Full name Zofia Dzierżanowska	1.047 Telefon / Phone +48713472100
1.048 E-mail ws@medicus.com.pl	1.049 Faks / Fax +48713472111

Wydruk informacji pobranej w trybie art. 4 ust. 4a ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym, posiada moc dokumentu wydawanego przez Centralną Informację, nie wymaga podpisu i pieczęci.

## CENTRALNA INFORMACJA KRAJOWEGO REJESTRU SĄDOWEGO

## KRAJOWY REJESTR SĄDOWY

Stan na dzień 24.06.2019 godz. 10:16:10

Numer KRS: 0000685093

**Informacja odpowiadająca odpisowi aktualnemu  
Z REJESTRU PRZEDSIĘBIORCÓW**

Data rejestracji w Krajowym Rejestrze Sądowym		03.07.2017	
Ostatni wpis	Numer wpisu	16	Data dokonania wpisu
	Sygnatura akt	RDF/123841/19/791	
	Oznaczenie sądu	SYSTEM	

## Dział 1

Rubryka 1 - Dane podmiotu	
1.Oznaczenie formy prawnej	SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
2.Numer REGON/NIP	REGON: 930957985, NIP: 8961017023
3.Firma, pod którą spółka działa	MEDICUS SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
4.Dane o wcześniejszej rejestracji	-----
5.Czy przedsiębiorca prowadzi działalność gospodarczą z innymi podmiotami na podstawie umowy spółki cywilnej?	NIE
6.Czy podmiot posiada status organizacji pożytku publicznego?	NIE

Rubryka 2 - Siedziba i adres podmiotu	
1.Siedziba	kraj POLSKA, woj. DOLNOŚLĄSKIE, powiat WROCŁAW, gmina WROCŁAW, miejsc. WROCŁAW
2.Adres	ul. PL. STRZELECKI, nr 24, lok. ---, miejsc. WROCŁAW, kod 50-224, poczta WROCŁAW, kraj POLSKA
3.Adres poczty elektronicznej	-----
4.Adres strony internetowej	-----

Rubryka 3 - Oddziały	
Brak wpisów	

Rubryka 4 - Informacje o umowie	

1. Informacja o zawarciu lub zmianach umowy spółki	1	14.06.2017 R., NOTARIUSZ BARTOSZ RAJEWICZ, KANCELARIA NOTARIALNA WE WROCŁAWIU, UL. RUSKA 3/4, REP. A NR 65973/2017
	2	22.08.2017 R., NOTARIUSZ BARTOSZ RAJEWICZ, KANCELARIA NOTARIALNA WE WROCŁAWIU, UL. RUSKA 3/4, REP. A NR 91278/2017-ZMIENIONO § 1, § 7, § 9 I § 10.
	3	08.12.2017 R., ZASTĘPCA NOTARIALNY IZABELA STANKIEWICZ-CIESIELSKA, ZASTĘPCA NOTARIUSZA MONIKI STASZOWSKIEJ, KANCELARIA NOTARIALNA WE WROCŁAWIU, UL. RUSKA 3/4, REP. A NR 156460/2017 - ZMIENIONO § 9, § 10, § 12, § 15, § 17, § 19, § 21 I § 22 ORAZ DODANO § 29.
	4	21.09.2018 R., NOTARIUSZ BARTOSZ RAJEWICZ, KANCELARIA NOTARIALNA WE WROCŁAWIU, UL. RUSKA 3/4, REP. A NR 93883/2018 - ZMIENIONO § 9, § 10.

### Rubryka 5

1. Czas, na jaki została utworzona spółka	NIEOZNACZONY
2. Oznaczenie pisma innego niż Monitor Sądowy i Gospodarczy, przeznaczonego do ogłoszeń spółki	-----
3. Wspólnik może mieć:	WIĘKSZĄ LICZBĘ UDZIAŁÓW
4. Czy statut przyznaje uprawnienia osobiste określonym akcjonariuszom lub tytuły uczestnictwa w dochodach lub majątku spółki nie wynikających z akcji?	*****
5. Czy obligatoriusze mają prawo do udziałów w zysku?	*****

### Rubryka 6 - Sposób powstania spółki

1. Określenie okoliczności powstania	PRZEKSZTAŁCENIE
2. Opis sposobu powstania spółki oraz informacja o uchwale	PRZEKSZTAŁCENIE W TRYBIE ART. 551 KSH MEDICUS APARATURA I INSTRUMENTY MEDYCZNE SPÓŁKI Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKI KOMANDYTOWEJ W MEDICUS AIM SPÓŁKĘ Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, UCHWAŁA NR 1 ZEBRANIA WSPÓLNIKÓW MEDICUS APARATURA I INSTRUMENTY MEDYCZNE SPÓŁKI Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKI KOMANDYTOWEJ DNIA 14.06.2017 R. O PRZEKSZTAŁCENIU W SPÓŁKĘ Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, NOTARIUSZ BARTOSZ RAJEWICZ, REP. A NR 65968/2017.
3. Numer i data decyzji Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów o zgodzie na dokonanie koncentracji	-----

### Podrubryka 1

#### Podmioty, z których powstała spółka

1	1. Nazwa lub firma	MEDICUS APARATURA I INSTRUMENTY MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ SPÓŁKA KOMANDYTOWA, SPÓŁKA KOMANDYTOWA
	2. Kraj i nazwa rejestru lub ewidencji, w którym podmiot był zarejestrowany	POLSKA, KRAJOWY REJESTR SĄDOWY
	3. Numer w rejestrze albo ewidencji	0000492475
	4. Nazwa sądu prowadzącego rejestr albo organu prowadzącego ewidencję	-----
	5. Numer REGON	930957985
	6. Numer NIP	8961017023

Rubryka 7 - Dane wspólników		
1	1.Nazwisko / Nazwa lub firma	C.E.E. MEDINVESTMENTS LIMITED
	2.Imiona	*****
	3.Numer PESEL/REGON	---
	4.Numer KRS	-----
	5.Posiadane przez wspólnika udziały	1.459 (JEDEN TYSIĄC CZTERYSTA PIĘĆDZIESIĄT DZIEWIĘĆ) UDZIAŁÓW O ŁĄCZNEJ WARTOŚCI 72.950,00 (SIEDEMDZIESIĄT DWA TYSIĄCE DZIEWIĘĆSET PIĘĆDZIESIĄT) ZŁOTYCH
	6.Czy wspólnik posiada całość udziałów spółki?	NIE

Rubryka 8 - Kapitał spółki		
1.Wysokość kapitału zakładowego	75 150,00 Zł.	
Podrubryka 1 Informacja o wniesieniu aportu		
1.Określenie wartości udziałów objętych za aport	1	1 300,00 Zł.

Rubryka 9 - Nie dotyczy		
Brak wpisów		

Rubryka 10 - Nie dotyczy		
Brak wpisów		

## Dział 2

Rubryka 1 - Organ uprawniony do reprezentacji podmiotu		
1.Nazwa organu uprawnionego do reprezentowania podmiotu	ZARZĄD	
2.Sposób reprezentacji podmiotu	W PRZYPADKU ZARZĄDU JEDNOOSOBOWEGO SPÓŁKĘ REPREZENTUJE JEDYNY CZŁONEK ZARZĄDU SAMODZIELNIE, A W PRZYPADKU ZARZĄDU WIELOOSOBOWEGO DO SKŁADANIA OŚWIADCZEŃ I PODPISYWANIA W IMIENIU SPÓŁKI UPOWAŻNIONY JEST PREZES ZARZĄDU LUB KAŻDY INNY CZŁONEK ZARZĄDU SAMODZIELNIE.	
Podrubryka 1 Dane osób wchodzących w skład organu		
1	1.Nazwisko / Nazwa lub Firma	MAZUR
	2.Imiona	MACIEJ
	3.Numer PESEL/REGON	65062614453
	4.Numer KRS	****
	5.Funkcja w organie reprezentującym	PREZES ZARZĄDU
	6.Czy osoba wchodząca w skład zarządu została zawieszona w	NIE

	czynnościach?	
	7.Data do jakiej została zawieszona	-----
2	1.Nazwisko / Nazwa lub Firma	MAZUR
	2.Imiona	MAREK
	3.Numer PESEL/REGON	68091604851
	4.Numer KRS	****
	5.Funkcja w organie reprezentującym	WICEPREZES ZARZĄDU
	6.Czy osoba wchodząca w skład zarządu została zawieszona w czynnościach?	NIE
	7.Data do jakiej została zawieszona	-----

### Rubryka 2 - Organ nadzoru

Brak wpisów

### Rubryka 3 - Prokurenci

1	1.Nazwisko	MIKOŁAJCZYK
	2.Imiona	JOANNA
	3.Numer PESEL	72081002105
	4.Rodzaj prokury	PROKURA SAMOISTNA

### Dział 3

### Rubryka 1 - Przedmiot działalności

1.Przedmiot przeważającej działalności przedsiębiorcy	1	46, 46, Z, SPRZEDAŻ HURTOWA WYROBÓW FARMACEUTYCZNYCH I MEDYCZNYCH
2.Przedmiot pozostałej działalności przedsiębiorcy	1	33, 19, Z, NAPRAWA I KONSERWACJA POZOSTAŁEGO SPRZĘTU I WYPOSAŻENIA
	2	47, 74, Z, SPRZEDAŻ DETALICZNA WYROBÓW MEDYCZNYCH, WŁĄCZAJĄC ORTOPEDYCZNE, PROWADZONA W WYSPECJALIZOWANYCH SKLEPACH
	3	49, 41, Z, TRANSPORT DROGOWY TOWARÓW
	4	52, 21, Z, DZIAŁALNOŚĆ USŁUGOWA WSPOMAGAJĄCA TRANSPORT LĄDOWY
	5	53, 20, Z, POZOSTAŁA DZIAŁALNOŚĆ POCZTOWA I KURIERSKA
	6	55, 90, Z, POZOSTAŁE ZAKWATEROWANIE
	7	56, 29, Z, POZOSTAŁA USŁUGOWA DZIAŁALNOŚĆ GASTRONOMICZNA
	8	35, 14, Z, HANDEL ENERGIĄ ELEKTRYCZNĄ
	9	35, 23, Z, HANDEL PALIWAMI GAZOWYMI W SYSTEMIE SIECIOWYM

### Rubryka 2 - Wzmianki o złożonych dokumentach

Rodzaj dokumentu	Nr kolejny w polu	Data złożenia	Za okres od do
1.Wzmianka o złożeniu	1	28.06.2018	OD 03.07.2017 DO 31.12.2017

rocznego sprawozdania finansowego	2	17.06.2019	OD 01.01.2018 DO 31.12.2018
2.Wzmianka o złożeniu opinii biegłego rewidenta / sprawozdania z badania rocznego sprawozdania finansowego	1	*****	OD 03.07.2017 DO 31.12.2017
	2	*****	OD 01.01.2018 DO 31.12.2018
3.Wzmianka o złożeniu uchwały lub postanowienia o zatwierdzeniu rocznego sprawozdania finansowego	1	*****	OD 03.07.2017 DO 31.12.2017
	2	*****	OD 01.01.2018 DO 31.12.2018
4.Wzmianka o złożeniu sprawozdania z działalności podmiotu	1	*****	OD 03.07.2017 DO 31.12.2017
	2	*****	OD 01.01.2018 DO 31.12.2018

Rubryka 3 - Sprawozdania grupy kapitałowej

Brak wpisów

Rubryka 4 - Przedmiot działalności statutowej organizacji pożytku publicznego

Brak wpisów

Rubryka 5 - Informacja o dniu kończącym rok obrotowy

1.Dzień kończący pierwszy rok obrotowy, za który należy złożyć sprawozdanie finansowe	31.12.2017
---	------------

Dział 4

Rubryka 1 - Zaległości

Brak wpisów

Rubryka 2 - Wierzytelności

Brak wpisów

Rubryka 3 - Informacje o oddaleniu wniosku o ogłoszenie upadłości na podstawie art. 13 ustawy z 28 lutego 2003 r. Prawo upadłościowe albo o zabezpieczeniu majątku dłużnika w postępowaniu w przedmiocie ogłoszenia upadłości albo w postępowaniu restrukturyzacyjnym albo po prawomocnym umorzeniu postępowania restrukturyzacyjnego

Brak wpisów

Rubryka 4 - Umorzenie prowadzonej przeciwko podmiotowi egzekucji z uwagi na fakt, że z egzekucji nie uzyska się sumy wyższej od kosztów egzekucyjnych

Brak wpisów

## Dział 5

Rubryka 1 - Kurator

Brak wpisów

## Dział 6

Rubryka 1 - Likwidacja

Brak wpisów

Rubryka 2 - Informacje o rozwiązaniu lub unieważnieniu spółki

Brak wpisów

Rubryka 3 - Nie dotyczy

Brak wpisów

## Rubryka 4 - Informacja o połączeniu, podziale lub przekształceniu

1	1.Określenie okoliczności	PRZEJĘCIE INNEJ SPÓŁKI
	2.Opis sposobu połączenia, podziału lub przekształcenia	POŁĄCZENIE SPÓŁEK W TRYBIE ART. 492 § 1 PKT 1 KODEKSU SPÓŁEK HANDLOWYCH, TJ. POPRZEZ PRZENIESIENIE CAŁEGO MAJĄTKU SPÓŁKI (PRZEJMOWANEJ) - DOLNOŚLĄSKIEGO CENTRUM LARYNGOLOGII SPÓŁKI Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ NA INNĄ SPÓŁKĘ (PRZEJMUJĄCĄ)- MEDICUS AIM SPÓŁKĘ Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ (KRS 0000685093) ZA UDZIAŁY, KTÓRE SPÓŁKA PRZEJMUJĄCA WYDAJE WSPÓLNIKOM SPÓŁKI PRZEJMOWANEJ (ŁĄCZENIE SIĘ PRZEZ PRZEJĘCIE). 22.08.2017 R. UCHWAŁA O POŁĄCZENIU NADZWYCZAJNEGO ZGROMADZENIA WSPÓLNIKÓW MEDICUS AIM SPÓŁKI Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, NOTARIUSZ BARTOSZ RAJEWICZ, REP. A NR 91278/2017 ORAZ UCHWAŁA O POŁĄCZENIU NADZWYCZAJNEGO ZGROMADZENIA WSPÓLNIKÓW DOLNOŚLĄSKIEGO CENTRUM LARYNGOLOGII SPÓŁKI Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ Z DNIA 22.08.2017 R., NOTARIUSZ BARTOSZ RAJEWICZ REP. A NR 91268/2017
	<b>Podrubryka 1</b>	
	Dane podmiotów powstałych w wyniku połączenia, podziału lub przekształcenia albo dane podmiotów przejmujących całość lub część majątku spółki	
	Brak wpisów	
	<b>Podrubryka 2</b>	
	Dane podmiotów, których majątek w całości lub części jest przejmowany w wyniku połączenia lub podziału	
1	1.Nazwa lub firma	DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM LARYNGOLOGII SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ,-----

2.Kraj i nazwa rejestru lub ewidencji, w którym podmiot był zarejestrowany	KRAJOWY REJESTR SĄDOWY
3.Numer w rejestrze	0000680227
4.Nazwa sądu prowadzącego rejestr	*****
5.Numer REGON	021190270

2	1.Określenie okoliczności	PRZEJĘCIE INNEJ SPÓŁKI
	2.Opis sposobu połączenia, podziału lub przekształcenia	POŁĄCZENIE W TRYBIE ART. 492 § 1 PKT 1 KSH POPRZEC PRZENIESIENIE NA MEDICUS SPÓŁKĘ Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ (SPÓŁKĘ PRZEJMUJĄCĄ) CAŁEGO MAJĄTKU MEDICUS APARATURA I INSTRUMENTY MEDYCZNE SPÓŁKI Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ ORAZ MEDICUS DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM LARYNGOLOGII SPÓŁKI Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ (SPÓŁEK PRZEJMOWANYCH). UCHWAŁA O POŁĄCZENIU SPÓŁEK Z DNIA 21.09.2018 R., NOTARIUSZ BARTOSZ RAJEWICZ, REP A NR 93883/2018.
	Podrubryka 1 Dane podmiotów powstałych w wyniku połączenia, podziału lub przekształcenia albo dane podmiotów przejmujących całość lub część majątku spółki	
	Brak wpisów	
Podrubryka 2 Dane podmiotów, których majątek w całości lub części jest przejmowany w wyniku połączenia lub podziału		
1	1.Nazwa lub firma	MEDICUS APARATURA I INSTRUMENTY MEDYCZNE, SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
	2.Kraj i nazwa rejestru lub ewidencji, w którym podmiot był zarejestrowany	POLSKA, KRAJOWY REJESTR SĄDOWY
	3.Numer w rejestrze	0000338510
	4.Nazwa sądu prowadzącego rejestr	SĄD REJONOWY DLA WROCŁAWIA-FABRYCZNEJ WE WROCŁAWIU, VI WYDZIAŁ GOSPODARCZY KRAJOWEGO REJESTRU SĄDOWEGO
	5.Numer REGON	021085661
2	1.Nazwa lub firma	MEDICUS DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM LARYNGOLOGII, SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
	2.Kraj i nazwa rejestru lub ewidencji, w którym podmiot był zarejestrowany	POLSKA, KRAJOWY REJESTR SĄDOWY
	3.Numer w rejestrze	0000339037
	4.Nazwa sądu prowadzącego rejestr	-----
	5.Numer REGON	021098451

Rubryka 5 - Informacja o postępowaniu upadłościowym

Brak wpisów

Rubryka 6 - Informacja o postępowaniu układowym

Brak wpisów

Rubryka 7 - Informacje o postępowaniach restrukturyzacyjnych, o postępowaniu naprawczym lub o przymusowej restrukturyzacji

Brak wpisów

Rubryka 8 - Informacja o zawieszeniu działalności gospodarczej

Brak wpisów

data sporządzenia wydruku 24.06.2019

adres strony internetowej, na której są dostępne informacje z rejestru: [ekrs.ms.gov.pl](http://ekrs.ms.gov.pl)

Potwierdzam własnoręcznym podpisem

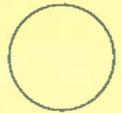
odbior przesylki / kweby przelazu

Orzad Rejestracji Produktów Lecznicych,  
Wyrobow Medycznyh i Produktów Biobojczyh  
Kancelaria Główna

*Huck* 2019-05-27

(data i podpis odbiorcy)

Biuro Zarzadzania  
Pracami Administracyjnymi



Datownik placówki  
oddawczej

1) powiadomienie C162  
C1622, C1632, kynet

(Miejsce na dodatkowe informacje)

Formularz nr 1

6097 3692 8182

Formularz nr 4

2375 2697 3404

PP S.A. nr 24



Poczta Polska