

## Allgemeine Anzeigepflicht nach §§ 25 und 30 Abs. 2 MPG General Obligation to Notify pursuant to §§ 25 and 30 (2) Medical Devices Act, MPG

### Formblatt für Medizinprodukte, außer In-vitro-Diagnostika Form for Medical Devices except In Vitro Diagnostic Medical Devices

<b>Zuständige Behörde / Competent authority</b>			
	Code <b>DE/CA61</b>		
	Bezeichnung / Name <b>Regierung von Oberbayern</b>		
	Staat / State <b>Deutschland</b>		Land / Federal state <b>Bayern</b>
	Ort / City <b>München</b>		Postleitzahl / Postal code <b>80534</b>
	Straße, Haus-Nr. / Street, house no. <b>Maximilianstraße 39</b>		
	Telefon / Phone <b>+49-89-21760</b>		Telefax / Fax <b>+49-89-21762914</b>
	E-Mail / E-mail <b>medizinprodukteanzeigeverfahren@reg-ob.bayern.de</b>		

<b>Anzeige / Notification</b>			
	Registrierdatum bei der zuständigen Behörde Registration date at competent authority		Registriernummer / Registration number
	Typ der Anzeige / Notification type <input type="checkbox"/> Erstanzeige / Initial notification <input type="checkbox"/> Änderungsanzeige / Notification of change <input type="checkbox"/> Widerrufsanzeige / Notification of withdrawal		
	Frühere Registriernummer bei Änderungs- und Widerrufsanzeige Previous registration number if notification has been changed or withdrawn		
	Anzeigender nach § 25 MPG / Reporter pursuant to § 25 Medical Devices Act, MPG <input type="checkbox"/> Hersteller / Manufacturer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter / Authorised Representative <input type="checkbox"/> Einführer / Importer <input type="checkbox"/> Verantwortlicher für das Zusammensetzen von Systemen oder Behandlungseinheiten nach § 10 Abs. 1 und 2 MPG \ Assembler of systems or procedure packs pursuant to § 10 (1) and (2) Medical Devices Act, MPG <input type="checkbox"/> Betrieb oder Einrichtung (aufbereiten) nach § 25 Abs. 1 MPG i. V. m. § 4 Abs. 2 MPBetreibV Institution (processing) pursuant to § 25 (1) Medical Devices Act, MPG in connection with § 4 (2) MPBetreibV <input type="checkbox"/> Betrieb oder Einrichtung (sterilisieren) nach § 25 Abs. 2 i. V. m. § 10 Abs. 3 MPG Institution (sterilizing) pursuant to § 25 (2) in connection with § 10 (3) Medical Devices Act, MPG		

<b>Anzeigender / Reporting organisation (person)</b>	
Code	<b>DE/0000047823</b>
Bezeichnung / Name	<b>MedPath GmbH</b>
Staat / State	<b>Deutschland</b>
Land / Federal state	<b>Bayern</b>
Ort / City	<b>München</b>
Postleitzahl / Postal code	<b>80807</b>
Straße, Haus-Nr. / Street, house no. <b>Mies-van-der-Rohe-Strasse 8</b>	
Telefon / Phone	<b>089 189174474</b>
Telefax / Fax	
E-Mail / E-mail	<b>info@medpath.pro</b>

<b>Hersteller / Manufacturer</b>	
Bezeichnung / Name	<b>Changzhou Xingrong Medical Technology Co. LTD</b>
Staat / State	<b>CN</b>
Ort / City	<b>Changzhou, Jiangsu</b>
Postleitzahl / Postal code	<b>213119</b>
Straße, Haus-Nr. / Street, house no. <b>No. 528, Daqiaotou, Chaoyang Cunwei, Hengshanqiao Town, Economic Development District</b>	
Telefon / Phone	<b>+86-519-88661777</b>
Telefax / Fax	
E-Mail / E-mail	<b>ray@zinrom.com</b>

<b>Sicherheitsbeauftragter für Medizinprodukte nach § 30 Abs. 2 MPG 9) Safety officer for medical devices pursuant to § 30 (2) Medical Devices Act, MPG</b>	
Bezeichnung / Name	<b>Zheng Mei c/o MedPath GmbH</b>
Staat / State	<b>Deutschland</b>
Land / Federal state	<b>Bayern</b>
Ort / City	<b>München</b>
Postleitzahl / Postal code	<b>80807</b>
Straße, Haus-Nr. / Street, house no. <b>Mies-van-der-Rohe-Strasse 8</b>	
Telefon / Phone	<b>089 189174474</b>
Telefax / Fax	<b>089 5485 8884</b>
E-Mail / E-mail	<b>info@medpath.pro</b>

<b>Vertreter / Deputy (optional)</b>	
<input type="checkbox"/>	Bezeichnung / Name
<input type="checkbox"/>	Telefon / Phone
<input type="checkbox"/>	Telefax / Fax
<input type="checkbox"/>	E-Mail / E-mail
<input type="checkbox"/>	S Erstanzeige / Initial notification
<input type="checkbox"/>	£ Änderungsanzeige / Notification of change

<b>Medizinprodukt (Erstmaliges Inverkehrbringen) / Medical device (First placing on the market)</b>	
	Klasse / Class S I £ I - steril / sterile £ I - mit Messfunktion / with measuring function £ I - steril und mit Messfunktion / sterile and with measuring function £ IIa £ IIb £ III £ III - hergestellt unter Verwendung von Gewebe tierischen Ursprungs im Sinne der Verordnung (EU) Nr. 722/2012 manufactured utilising tissues of animal origin in terms of Commission Regulation (EU) No 722/2012 £ Aktives implantierbares Medizinprodukt / Active implantable medical device £ Aktives implantierbares Medizinprodukt - hergestellt unter Verwendung von Gewebe tierischen Ursprungs im Sinne der Verordnung (EU) Nr. 722/2012 Active implantable medical device - manufactured utilising tissues of animal origin in terms of Commission Regulation (EU) No 722/2012
	App (Software auf mobilen Endgeräten) <span style="float: right;">£ ja / yes    S nein / no</span>
	Nummer(n) der Bescheinigung(en) / Certificate number(s)
	Handelsname des Produktes / Trade name of the device
	Produktbezeichnung / Name of device <b>DISPOSABLE NITRILE EXAMINATION GLOVES</b>
	Nomenklaturcode / Nomenclature code <b>11-882</b>
	Nomenklaturbezeichnung / Nomenclature term <b>Handschuh, Untersuchung/Behandlung</b>
	Kategoriecode / Category code <b>10</b>
	Kategorie / Category <b>Produkte zum Einmalgebrauch</b>
	Kurzbeschreibung deutsch / German short description
	Kurzbeschreibung englisch / English short description

<b>Medizinprodukte (Aufbereiten) / Medical devices (Reprocessing)</b>	
	<input type="checkbox"/> Semikritische Medizinprodukte / Semicritical medical devices <input type="checkbox"/> Gruppe A / Group A <input type="checkbox"/> Gruppe B / Group B
	<input type="checkbox"/> Kritische Medizinprodukte / Critical medical devices <input type="checkbox"/> Gruppe A / Group A <input type="checkbox"/> Gruppe B / Group B <input type="checkbox"/> Gruppe C / Group C Nummer der Bescheinigung / Certificate number
	Sterilisationsverfahren / Sterilisation procedures <input type="checkbox"/> Dampfsterilisation / Steam sterilisation <input type="checkbox"/> Gassterilisation / Gas sterilisation <input type="checkbox"/> Strahlensterilisation / Radiation sterilisation <input type="checkbox"/> andere / others Angewandtes Verfahren / Applied procedure

Ich versichere, dass die Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht wurden.  
I affirm that the information given above is correct to the best of my knowledge.

Ort City	<b>München</b>	Datum Date	<b>2021-01-29</b>
		Name	<b>Zheng Mei</b>

Unterschrift  
Signature

<b>Bearbeitungsvermerke / Processing notes</b> Nur von der zuständigen Behörde auszufüllen / To be filled in only by the competent authority					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; background-color: #cccccc;"></td> <td style="padding: 5px;">Bearbeiter / Person responsible</td> </tr> </table>		Bearbeiter / Person responsible	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; background-color: #cccccc;"></td> <td style="padding: 5px;">Telefon / Phone</td> </tr> </table>		Telefon / Phone
	Bearbeiter / Person responsible				
	Telefon / Phone				