



Rekomendacja nr 134/2026

z dnia 10 września 2026 r.

**Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
w sprawie objęcia refundacją produktu leczniczego
Minjuvi (tafasytamab) w ramach programu lekowego B.12.FM.
„Leczenie chorych na chłoniaki B-komórkowe (ICD-10: C82, C83, C85)”**

Prezes Agencji nie rekomenduje objęcia refundacją produktu leczniczego Minjuvi (tafasytamab) w programie lekowym B.12.FM. „Leczenie chorych na chłoniaki B-komórkowe (ICD-10: C82, C83, C85)”.

Uzasadnienie

Oceniany wniosek dotyczy objęcia refundacją produktu leczniczego Minjuvi (tafasytamab, Tafa) do podania w infuzji dożylniej, w skojarzeniu z lenalidomidem i rytuksymabem (Tafa+R²) w leczeniu dorosłych pacjentów z chłoniakiem grudkowym (FL) w stopniu 1–3a, po zastosowaniu co najmniej jednej wcześniejszej linii leczenia ogólnoustrojowego, w stanie sprawności 0–2 według skali ECOG, w ramach I części „Leczenie chorych na chłoniaka grudkowego (ICD-10: C82)” programu lekowego (PL) B.12.FM.

Najnowsze wytyczne kliniczne uwzględniają wnioskowany schemat leczenia (Tafa+R²) wśród zalecanych opcji terapeutycznych w nawrotowym lub opornym na leczenie chłoniakiem grudkowym (r/r FL). Wśród pozostałych zalecanych opcji w leczeniu ≥ 2. linii wymienia się szereg schematów terapeutycznych m.in. obinutuzumab z bendamustyną (BEN+OBI), rytuksymab z bendamustyną (R-BEN), rytuksymab w skojarzeniu ze schematem cyklofosfamid, doksorubicyna, winkrystyna i prednizolon (R-CHOP), obinutuzumab w skojarzeniu ze schematem CHOP (OBI-CHOP), rytuksymab w skojarzeniu ze schematem cyklofosfamid, winkrystyna i prednizolon (R-CVP), obinutuzumab w skojarzeniu ze schematem CVP (OBI-CVP), epikorytatab w skojarzeniu z rytuksymabem i lenalidomidem (EPKO+R²), jak również lenalidomid z rytuksymabem (R²) oraz lenalidomid, obinutuzumab, rytuksymab (RTX) w monoterapii. Natomiast w leczeniu ≥ 3. linii r/r FL wytyczne zgodnie wskazują na możliwość zastosowania przeciwciał bispecyficznych (tj. mosunetuzumab – MOS, epikorytamab – EPKO), terapii CAR-T, jak również zanubrutynibu z obinutuzumabem.

Wnioskodawca wyodrębnił komparatory dla ocenianej technologii osobno dla ≥2. oraz ≥3. linii leczenia. W ≥2. linii leczenia jako komparatory wskazano: OBI-BEN (finansowany w PL B.12.FM) oraz schematy oparte na rytuksymabie (finansowane w ramach katalogu chemioterapii) tj. R², R-BEN, R-CVP, R-CHOP oraz RTX. Natomiast jako komparatory w ≥3. linii leczenia przyjęto EPKO oraz MOS – finansowane aktualnie w ramach PL B.12.FM. Wybór uznano za zasadny, zgodny z aktualnym statusem refundacyjnym.

Analizę kliniczną wnioskodawcy dla porównania Tafa+R² względem R² oparto na wynikach badania z randomizacją (RCT) inMIND. Ze względu na brak badań bezpośrednio porównujących ocenianą interwencję z pozostałymi komparatorami (7 z 8), przeprowadzono porównania pośrednie (dane poufne wnioskodawcy, wyłącznie dla skuteczności). Nie odnaleziono badań rzeczywistej praktyki (RWE).

Wyniki RCT wskazują na istotne statystycznie (IS) korzyści wynikające ze stosowania Tafa+R² względem R² w zakresie: przeżycia wolnego od progresji (PFS), odpowiedzi na leczenie (ogólny wskaźnik odpowiedzi – ORR, odpowiedź całkowita – CR) oraz czasu trwania odpowiedzi (DoR). Należy jednak wyraźnie podkreślić stosunkowo krótki okres obserwacji w badaniu, niedojrzałość wyników w zakresie przeżycia całkowitego (OS) oraz brak IS różnic w zakresie jakości życia.

Analiza bezpieczeństwa na podstawie RCT wskazuje na brak IS różnic pomiędzy grupami w zakresie większości ogólnych zdarzeń niepożądanych (AEs) tj. AEs zaistniałych w trakcie leczenia (TEAEs) ogółem, TEAEs 3-4 stopnia, ciężkich AEs (SAEs). Różnice IS na korzyść Tafa+R² odnotowano w zakresie zgonu

z powodu progresji choroby, natomiast na niekorzyść ocenianej interwencji wykazano w ramach TEAEs związanych z leczeniem (jednak brak IS różnic dla TEAEs związanych z leczeniem 3-4 stopnia).

W ramach oceny ekonomicznej wnioskodawca przeprowadził: analizę kosztów-użyteczności (dla porównania względem R² oraz RTX), analizę minimalizacji kosztów (dla porównania względem OBI-BEN, R-BEN, R-CHOP, EPKO, MOS) oraz analizę kosztów konsekwencji (dla porównania względem R-CVP).

Zgodnie z oszacowaniami Wnioskodawcy stosowanie wnioskowanej terapii w miejsce zarówno terapii skojarzonej R², jak i RTX w monoterapii jest droższe i skuteczniejsze. Oszacowane wartości ICUR z RSS znajdują się poniżej progu opłacalności. Jednocześnie koszt stosowania wnioskowanej terapii w wariancie z RSS jest wyższy od kosztu stosowania wszystkich alternatywnych schematów od ≥2. linii leczenia (OBI-BEN, R-BEN, R-CHOP). Koszt stosowania TAFa+R² w wariancie z RSS, wg analizy podstawowej wnioskodawcy, jest niższy od kosztu stosowania schematów od ≥3. linii leczenia (EPKO, MOS), jednak obliczenia własne Agencji wskazują, że [REDACTED]

Wyniki analizy wpływu na budżet wnioskodawcy w wariancie z RSS, wskazują na [REDACTED] wydatków płatnika publicznego zarówno w I, jak i II roku refundacji.

Uwzględniając wyniki przeprowadzonych analiz, jak również ich niepewności (w szczególności stosunkowo krótki okres obserwacji w RCT i niedojrzałość wyników OS; konieczność wnioskowania głównie w oparciu o porównania pośrednie o charakterze poufnym), biorąc pod uwagę znaczne obciążenie budżetu płatnika w przypadku objęcia refundacją wnioskowanej technologii, przy jednoczesnym braku niezaspokojonej potrzeby zdrowotnej, przychylając się do stanowiska Rady Przejrzystości, Prezes Agencji nie rekomenduje finansowania produktu leczniczego Minjuvi.

Przedmiot wniosku

Zlecenie Ministra Zdrowia dotyczy oceny zasadności finansowania ze środków publicznych produktu leczniczego: Minjuvi (tafasytamab), proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 200 mg, 1 fiol. proszku, GTIN: 09088885500694, proponowana cena zbytu netto: [REDACTED], w programie lekowym B.12.FM. „Leczenie chorych na chłoniaki B-komórkowe (ICD-10: C82, C83, C85)”, w ramach I części – „Leczenie chorych na chłoniaka grudkowego (ICD-10: C82)”.

Proponowana odpłatność i kategoria dostępności refundacyjnej: bezpłatnie, lek ma być stosowany w programie lekowym, w ramach istniejącej grupy limitowej (1275.0, Tafasytamab).

Problem zdrowotny

Chłoniak grudkowy (FL, ICD-10: C82) jest nowotworem z komórek B, wywodzącym się z ośrodków rozmnażania grudek chłonnych. Jest to rozwijający się powoli nowotwór, o przewlekłym, często łagodnym przebiegu. Charakterystyczne jest występowanie nawrotów choroby ze stałą częstością. Rokowanie zależy od grupy ryzyka, a przebieg kliniczny choroby jest heterogenny. Średnia przeżycia wynosi 7–10 lat, jednak blisko 20% chorych przeżywa 20 lat i więcej.

Chłoniak grudkowy jest drugim pod względem częstości występowania podtypem nowotworów układu chłonnego w Europie Zachodniej. Zgodnie z danymi Krajowego Rejestru Nowotworów, w 2023 r. w Polsce odnotowano 673 nowe zachorowania na FL oraz 136 zgonów w populacji od 15 r.ż.

Alternatywna technologia medyczna

Wnioskodawca wyodrębnił komparatory dla ocenianej technologii osobno dla ≥2. oraz ≥3. linii leczenia. W ≥2. linii leczenia wskazał: OBI-BEN (finansowany w PL B.12.FM) oraz schematy oparte na rytuksymabie (finansowane w ramach katalogu chemioterapii), tj. R², R-BEN, R-CVP, R-CHOP oraz RTX w monoterapii. Natomiast jako komparatory w ≥3. linii leczenia przyjęto EPKO oraz MOS w monoterapii, finansowane aktualnie w ramach PL B.12.FM. W opinii analityków Agencji wybór komparatorów jest zasadny, spójny z aktualną praktyką kliniczną oraz zgodny z aktualnym statusem refundacyjnym.

Opis wnioskowanego świadczenia

Tafasytamab jest przeciwciałem monoklonalnym o zwiększonym powinowactwie wiązania się z receptorem Fc, skierowanym przeciwko antygenowi CD19 ulegającemu ekspresji na powierzchni limfocytów pre-B i dojrzałych limfocytów B. Po związaniu się z CD19 tafasytamab wywołuje lizę limfocytów B poprzez zaangażowanie komórek efektorowych układu odpornościowego (tj. komórki naturalnej cytotoksyczności, limfocyty Tγδ i fagocyty) oraz bezpośrednią indukcję śmierci komórki

Bezpieczeństwo

TAFA+R² vs PLB+R² – RCT inMIND

Wyniki RCT wskazują na brak IS różnic pomiędzy grupami w zakresie większości ogólnych zdarzeń niepożądanych (AEs) tj. AEs zaistniałych w trakcie leczenia (TEAEs) ogółem, TEAEs 3-4 stopnia, ciężkich AEs (SAEs). Różnice IS na korzyść ocenianej interwencji odnotowano w zakresie zgonu z powodu progresji choroby (1,8% vs 6,3%; OR=0,28; 95% CI: 0,10; 0,77; NNT=25). Natomiast różnice IS na niekorzyść ocenianej interwencji wykazano w ramach TEAEs związanych z leczeniem tj. TAFA lub PLB (73,7% vs 65,8%; OR=1,46; 95% CI: 1,01; 2,11; NNH=12), przy czym jednocześnie nie wykazano IS różnic między grupami TEAEs 3-4 stopnia związanych z leczeniem.

Dla poszczególnych AEs, IS różnice na korzyść TAFA odnotowano w zakresie: bólu brzucha o ciężkim nasileniu oraz obrzęku obwodowego. Natomiast IS różnice na niekorzyść TAFA wykazano dla następujących AEs: COVID-19, zapalenie płuc wywołane przez COVID-19, biegunka, świąd, ból pleców.

TAFA+R² vs pozostałe komparatory (OBI-BEN, R-BEN, R-CVP, R-CHOP, RTX, EPKO, MOS)

Proste zestawienie wyników badań pierwotnych wskazuje, że

Ograniczenia

Kluczowe ograniczenia obejmują: brak badań bezpośrednio porównujących TAFA+ R² względem 7 (z 8) komparatorów, co wiązało się z koniecznością przeprowadzenia porównań pośrednich

Dodatkowo w ramach analizy bezpieczeństwa przeprowadzono wyłącznie proste zestawienie wyników z badań pierwotnych, co ogranicza możliwość wiarygodnego porównania. Należy podkreślić, że dla jedyne RCT (dla porównania TAFA+R² z PLB+R²) aktualnie dostępne są dane wyłącznie z krótkiego okresu obserwacji (mediana OB: 14,1–15,3 mies.), a pełna analiza OS została zaplanowana po 5-letnim OB, co ogranicza możliwość wnioskowania o długoterminowej efektywności terapii. Ponadto, nie odnaleziono badań RWE.

Propozycje instrumentów dzielenia ryzyka

Zaproponowano instrument dzielenia ryzyka (RSS) polegający na

Ocena ekonomiczna, w tym szacunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych

Wnioskodawca przeprowadził analizę kosztów-użyteczności (CUA, dla porównania TAFA+R² z R² oraz z RTX), analizę minimalizacji kosztów (CMA, dla porównania TAFA+R² z OBI-BEN, R-BEN, R-CHOP, EPKO, MOS) oraz analizę kosztów konsekwencji (CCA, dla porównania TAFA+R² z R-CVP).

CUA przeprowadzono w 40-letnim (dożywotnym) horyzoncie czasowym, natomiast CMA i CCA w 2-letnim. Wszystkie analizy przeprowadzono z perspektywy płatnika publicznego (NFZ) oraz wspólnej (NFZ i pacjenta).

TAFA-R² vs R², vs RTX – analiza kosztów-użyteczności (CUA)

Zgodnie z oszacowaniami Wnioskodawcy stosowanie wnioskowanej terapii w miejsce zarówno terapii R², jak i RTX jest droższe i skuteczniejsze. Oszacowane wartości ICUR z perspektywy NFZ wyniosły:

- vs R²: 331 tys. PLN/QALY w wariancie bez RSS oraz z RSS;
- vs RTX: 155 tys. PLN/QALY w wariancie bez RSS oraz z RSS.

Wartości ICUR w wariancie z RSS dla obu porównań znajdują się poniżej progu optykalności.

TAFA-R² vs OBI-BEN, vs R-BEN, vs R-CHOP, vs EPKO, vs MOS – analiza minimalizacji kosztów (CMA)

Zgodnie z oszacowaniami wnioskodawcy koszt stosowania wnioskowanej terapii jest:

- wyższy od kosztu stosowania alternatywnych schematów od ≥2. linia leczenia:
 - vs OBI-BEN: o ok. 414 tys. PLN w wariancie bez RSS oraz z RSS;

- vs R-BEN: o ok. 468 tys. PLN w wariancie bez RSS oraz [REDACTED] z RSS;
- vs R-CHOP: o ok. 469 tys. PLN w wariancie bez RSS oraz [REDACTED] z RSS;
- względem kosztu stosowania schematów od ≥ 3 . linia leczenia:
 - vs EPKO: wyższy o ok. 42 tys. PLN w wariancie bez RSS oraz niższy [REDACTED] z RSS;
 - vs MOS: niższy o ok. 14 tys. PLN w wariancie bez RSS oraz [REDACTED] z RSS.

TAFA+R² vs R-CVP – analiza kosztów konsekwencji (CCA)

Zgodnie analizą wnioskodawcy, całkowity koszt stosowania wnioskowanej terapii wyniósł ok. 1,12 mln PLN w wariancie bez RSS oraz [REDACTED] w wariancie z RSS, natomiast całkowity koszt stosowania schematu R-CVP wyniósł ok. 595 tys. PLN. Oszacowany efekt zdrowotny wyniósł odpowiednio 1,61 QALY oraz 1,47 QALY, odpowiednio dla TAFA-R² oraz R-CVP.

Ceny progowe produktu leczniczego Minjuvi z perspektywy NFZ wynoszą:

- TAFA+R² vs R²: [REDACTED]
- TAFA+R² vs RTX: [REDACTED]

natomiast CZN, przy której różnica między kosztem stosowania TAFA+R² a kosztem stosowania komparatora jest równa zero:

- TAFA+R² vs OBI-BEN: [REDACTED]
- TAFA+R² vs R-BEN: [REDACTED]
- TAFA+R² vs R-CHOP: [REDACTED]
- TAFA+R² vs EPKO: [REDACTED]
- TAFA+R² vs MOS: [REDACTED]

Ograniczenia

Dla porównań TAFA+R² z częścią komparatorów wnioskodawca przeprowadził CMA, jednak zdaniem analityków Agencji stwierdzenie [REDACTED], w konsekwencji wybór tej techniki analitycznej należy uznać za niewłaściwy. Analiza w dożywnym horyzoncie czasowym wymagała modelowania efektów zdrowotnych poza horyzont czasowy badania, co wiąże się z niepewnością, szczególnie w kontekście niedojrzałości danych. Ponadto, wnioskodawca przyjął założenie o długości leczenia MOS wynoszącą 17 cykli, co nie jest w pełni zgodne z zapisami ChPL Lunsumio oraz wskazaniami Eksperta. Powyższe założenie ma znaczący wpływ na wyniki analizy dla porównania TAFA+R² względem MOS, w związku z czym stanowi istotne źródło niepewności.

Obliczenia własne

Przeprowadzono obliczenia własne Agencji w zakresie CMA z uwzględnieniem [REDACTED]

[REDACTED] Natomiast wyniki przy dodatkowym przyjęciu założenia o leczeniu MOS średnio przez 8 cykli wskazują, że [REDACTED]

Wskazanie czy zachodzą okoliczności, o których mowa w art. 13 ust. 3 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2025 r. poz. 907, z późn. zm.)

W związku z przedstawieniem wyników RCT, dowodzącego wyższości wnioskowanego leku (TAFA+R²) nad technologią medyczną dotychczas refundowaną w danym wskazaniu (R²) w opinii analityków Agencji nie zachodzą okoliczności art. 13 ust. 3 ustawy o refundacji.

Ocena wpływu na system ochrony zdrowia, w tym wpływu na budżet płatnika publicznego

Analiza wpływu na budżet została przeprowadzona w 2-letnim horyzoncie czasowym z perspektywy płatnika publicznego (NFZ) oraz z perspektywy wspólnej (NFZ+pacjent).

Oszacowano liczbę pacjentów stosujących wnioskowaną technologię w scenariuszu nowym na [REDACTED] pacjentów w I roku oraz [REDACTED] w II roku refundacji.

Wyniki analizy wnioskodawcy wskazują, że objęcie refundacją leku Minjuvi spowoduje:

- [REDACTED] wydatków płatnika publicznego w wariantcie z RSS:
 - [REDACTED] w I roku refundacji,
 - [REDACTED] w II roku refundacji;
- wzrost wydatków płatnika publicznego w wariantcie bez RSS:
 - ok. 77,24 mln PLN w I roku refundacji,
 - ok. 115,24 mln PLN w II roku refundacji.

Składowa kosztu, stanowiąca kwotę refundacji produktu leczniczego Minjuvi w wariantcie podstawowym analizy z RSS wynosi [REDACTED] odpowiednio w I i II roku.

Ograniczenia

Wielkość populacji docelowej, w tym udziały w rynku technologii wnioskowanej i komparatorów zostały określone przez wnioskodawcę w oparciu [REDACTED]

Powyższe źródła danych oraz przyjęte założenie stanowią źródło niepewności oszacowań populacji docelowej, a w konsekwencji również oszacowań rzeczywistego wpływu na budżet płatnika.

Obliczenia własne

Przeprowadzono obliczenia własne z uwzględnieniem [REDACTED]
[REDACTED] oraz równocześnie czasu leczenia MOS przez 8 cykli

Uwagi do proponowanego instrumentu dzielenia ryzyka

[REDACTED]

[REDACTED] dla leku Minjuvi, jak również niepewności analiz wnioskodawcy, zaproponowane warunki RSS uznano za niewystarczające.

Uwagi do programu lekowego

Brak uwag.

Omówienie rozwiązań proponowanych w analizie racjonalizacyjnej

Nie dotyczy.

Omówienie rekomendacji wydawanych w odniesieniu do ocenianej technologii

Rekomendacje kliniczne

Odnaleziono trzy dokumenty wytycznych klinicznych dotyczące leczenia dorosłych pacjentów z nawrotowym lub opornym na leczenie FL (r/r FL) – polskie (PTOK 2020), europejskie (ESMO 2025) oraz amerykańskie (NCCN 2026).

Polskie wytyczne z 2020 r. nie odnoszą się do zastosowania TAFA w leczeniu r/r FL, natomiast należy zaznaczyć, że zostały one wydane przed datą rejestracji leku Minjuvi w ocenianym wskazaniu (grudzień 2025 r.). Wytyczne PTOK 2020 w ≥ 2 . linii leczenia rekomendują zastosowanie m.in. immunochemioterapii jak w 1. linii leczenia oraz leczenia podtrzymującego R; BEN+OBI a następnie leczenia podtrzymujące OBI; schematów R-BEN, R²; a w wybranych grupach pacjentów – idelalizyb, czy leczenie konsolidujące.

W pozostałych wytycznych oceniany schemat leczenia TAFAR² jest zalecany w leczeniu z r/r FL (ESMO 2025: jako jedna z opcji leczenia, NCCN 2026: jako jedna z preferowanych opcji leczenia), u pacjentów wcześniej nieleczonych lenalidomidem zarówno w przypadku wczesnej, jak i późnej objawowej progresji choroby ≥ 2 . linii leczenia (ESMO 2025: jakość dowodów – II; siła zalecenia – B) lub po wcześniejszej terapii zawierającej przeciwciało anti-CD20 (NCCN 2026: siła rekomendacji – 1). Wśród pozostałych zalecanych opcji w wytycznych w leczeniu ≥ 2 . linii wymienia się m.in. BEN+OBI, R-BEN, R-CHOP, OBI-CHOP, R-CVP, OBI-CVP, EPKO+R² (w NCCN 2026 jak preferowane), jak również lenalidomid, OBI, RTX oraz R². Natomiast w leczeniu ≥ 3 . linii wytyczne zgodnie wskazują na możliwość zastosowania przeciwciał bispecyficznych (tj. MOS, EPKO), terapii CAR-T (NCCN 2026 – preferowane), jak również zanubrutynibu z OBI.

Rekomendacje refundacyjne

Odnaleziono 5 rekomendacji refundacyjnych dla TAFAR – pozytywną (PBAC 2025), pozytywną warunkowo (CDA-AMC 2026), 2 negatywne (NICE 2026, SMC 2026) oraz ocenę G-BA 2025 wskazującą na dodatkową korzyść (nieokreśloną ze względu na ograniczenia danych klinicznych).

W pozytywnej rekomendacji zwrócono uwagę na niezaspokojoną potrzebę zdrowotną pacjentów z r/r FL, zwłaszcza przy braku dostępu lub niespełniania kryteriów kwalifikacji do przeszczepienia komórek macierzystych, jak również potencjalną korzyść w zakresie wydłużenia PFS. Warunek w rekomendacji kanadyjskiej (CDA-AMC 2026) dotyczył obniżenia ceny leku. W negatywnej rekomendacji NICE 2026 wskazano na niepewności dotyczące wartości klinicznej (wydłużenie PFS, jednak brak jednoznacznego wpływu terapii na OS) i ekonomicznej terapii (niepewności w zakresie modelowania przeżycia oraz założeń co do długoterminowej skuteczności terapii). Negatywna rekomendacja SMC 2026 miała charakter formalny (brak przedłożonego przedmiot odpowiedzialny wniosku w analizowanym wskazaniu).

Według informacji przedstawionych przez wnioskodawcę produkt leczniczy Minjuvi (tafasytamab) nie jest finansowany we wnioskowanym wskazaniu w żadnym z krajów UE i EFTA na 30 wskazanych. Refundacja produktu leczniczego Minjuvi w innych krajach obejmuje wyłącznie stosowanie tafasytamabu w leczeniu DLBCL, który jest już finansowany w Polsce.

Podstawa przygotowania rekomendacji

Rekomendacja została przygotowana na podstawie zlecenia z dnia 15.05.2026 r. Ministra Zdrowia (znak pisma: PLR.4500.428.2026.16.PRU), w sprawie przygotowania rekomendacji Prezesa w sprawie objęcia refundacją produktu Minjuvi (tafasytamab) w ramach programu lekowego: B.12.FM. „Leczenie chorych na chłoniaki B-komórkowe (ICD-10: C82, C83, C85)” na podstawie art. 35 ust 1. ustawy z dnia 12 maja 2011 roku o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2026 r. poz. 253), po uzyskaniu stanowiska Rady Przejrzystości nr 128/2026.

Piśmiennictwo

1. Stanowisko Rady Przejrzystości nr 128/2026.
2. Wniosek o objęcie refundacją leku Minjuvi (tafasytamab) we wskazaniu: zgodnym z zapisami programu lekowego B.12.FM. „Leczenie chorych na chłoniaki B-komórkowe (ICD-10: C82, C83, C85)”. Analiza weryfikacyjna OTOW.4131.5.2026. Data ukończenia: 27 sierpnia 2026 r.