

DECLARATION OF CONFORMITY

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ

MANUFACTURER / ΚΑΤΑΣΚΕΥΑΣΤΗΣ

NAME / ΟΝΟΜΑ

**GOLGI MEDICAL
GEMENTZOPOULOU AN. SOFIA & PARTNERS LP**

ADDRESS / ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ

FILIKIS ETAIREIAS 11, 654 03 KAVALA, GREECE • TEL.: +30 2510 224094 • E-MAIL: INFO@MASKOCLOCK.COM

THIS DECLARATION OF CONFORMITY IS ISSUED UNDER THE SOLE RESPONSIBILITY OF THE MANUFACTURER: /
Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ ΕΚΔΙΔΕΤΑΙ ΜΕ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ ΤΟΥ ΚΑΤΑΣΚΕΥΑΣΤΗ.

PRODUCT'S DESCRIPTION / ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ

**DOUBLE ACTION MEDICAL REUSABLE PROTECTIVE MASK /
ΙΑΤΡΙΚΗ ΜΑΣΚΑ ΑΜΦΙΔΡΟΜΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΠΟΛΛΑΠΛΩΝ ΧΡΗΣΕΩΝ**

CLASS - TYPE

FFP2 R D / 1

IS IN CONFORMITY WITH THE RELEVANT UNION HARMONISATION LEGISLATION /
ΕΙΝΑΙ ΣΥΜΦΩΝΟ ΠΡΟΣ ΤΗ ΣΧΕΤΙΚΗ ΕΝΩΣΙΑΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΕΝΑΡΜΟΝΙΣΗΣ

**(EE) 2016/4025
93/42/EOK**

STANDARDS APPLIED BY MANUFACTURER / ΠΡΟΤΥΠΑ ΕΦΑΡΜΟΖΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΑΤΑΣΚΕΥΑΣΤΗ

**EN 149:2003+A1:2009
EN 14683**

IDENTIFICATION OF THE PERSON EMPOWERED TO SIGN ON BEHALF OF THE MANUFACTURER
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΜΕΝΟΥ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΑΤΑΣΚΕΥΑΣΤΗ ΝΑ ΥΠΟΓΡΑΦΕΙ ΤΗΝ ΔΗΛΩΣΗ

NAME / ΟΝΟΜΑ

ΣΟΦΙΑ ΓΕΜΕΝΤΖΟΠΟΥΛΟΥ

ADDRESS / ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ

ΦΙΛΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ 11 • Τ.Κ. 654 03 ΚΑΒΑΛΑ, ΤΗΛ.: 2510 224094 • EMAIL: sofialeme@gmail.com

PLACE AND DATE / ΤΟΠΟΣ ΚΑΙ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΚΑΒΑΛΑ, 22/4/2020

SIGNATURE / ΥΠΟΓΡΑΦΗ



MANUFACTURER'S SEAL / ΣΦΡΑΓΙΔΑ ΚΑΤΑΣΚΕΥΑΣΤΗ

**ΓΕΜΕΝΤΖΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝ. ΣΟΦΙΑ & ΣΙΑ Ε.Ε.
ΧΟΝΔΡΙΚΟ ΕΜΠΟΡΙΟ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΕΙΔΩΝ
ΦΙΛΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ 11 - ΚΑΒΑΛΑ
ΑΦΜ: 800485615 - ΔΟΥ: ΚΑΒΑΛΑΣ
ΤΗΛ.: 2510 224094**