

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ  
DECLARATION OF CONFORMITY

ΚΑΤΑΣΚΕΥΑΣΤΗΣ / MANUFACTURER

ΟΝΟΜΑ / NAME

«**GOLGI MEDICAL**»  
**ΓΕΜΕΝΤΖΟΠΟΥΛΟΥ ΣΟΦΙΑ ΚΑΙ ΣΙΑ Ε.Ε.**

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ / ADDRESS

ΦΙΛΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ 11, Τ.Κ. 65403 ΚΑΒΑΛΑ  
ΤΗΛ. 2510 224094  
email: sofiaforme@gmail.com

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

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ / PRODUCT'S DESCRIPTION

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

ΚΛΑΣΗ - ΤΥΠΟΣ / CLASS - TYPE

FFP 2 R D / 1

ΑΡΙΘΜ. ΠΑΡΤΙΔΑΣ / LOT NUMBER

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

(ΕΕ) 2016/425  
93/42/ΕΟΚ

ΠΡΟΤΥΠΑ ΕΦΑΡΜΟΖΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΑΤΑΣΚΕΥΑΣΤΗ / STANDARDS APPLIED BY MANUFACTURER

EN 149:2003 + A1:2009  
EN 14683

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

ΟΝΟΜΑ / NAME

ΣΟΦΙΑ ΓΕΜΕΝΤΖΟΠΟΥΛΟΥ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ / ADDRESS

ΦΙΛΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ 11, Τ.Κ. 65403 ΚΑΒΑΛΑ  
ΤΗΛ. 2510 224094  
email: sofiaforme@gmail.com

ΤΟΠΟΣ ΚΑΙ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ / PLACE AND DATE

ΚΑΒΑΛΑ 22-4-2020

ΥΠΟΓΡΑΦΗ / SIGNATURE



ΣΦΡΑΓ. ΚΑΤΑΣΚΕΥΑΣΤΗ / MANUFACTURER'S SEAL

ΓΕΜΕΝΤΖΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝ. ΣΟΦΙΑ & ΣΙΑ Ε.Ε.  
ΧΩΝΔ. ΕΜΠΟΡΙΟ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΕΙΔΩΝ  
ΦΙΛ. ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ 11 - ΚΑΒΑΛΑ  
ΑΦΜ: 800485615 - ΔΟΥ: ΑΒ' ΚΑΒΑΛΑΣ  
ΤΗΛ & FAX: 2510 - 224094