

# DICHIARAZIONE DI CONFORMITÀ

(ALLEGATO VII DIRETTIVA 93/42/CEE)



## **Del prodotto:**

*Denominazione* **MASCHERINA AD USO MEDICO LAVABILE**

*Tipologia dispositivo* **Classe I - Non sterile**

*Marca*

*Lotto*

*Modello* **GRAZY SANIFRESH LAVABILE PF2STP-PO2N  
MOD: CONCHIGLIA  
MOD: BACIO**

*Anno di costruzione* **2020**

**Dichiara sotto la propria responsabilità che il prodotto sopraindicato è conforme alle disposizioni delle seguenti direttive e successivi emendamenti:**

93/42/CEE	Direttiva Dispositivi Medici
-----------	------------------------------

**Dichiara inoltre che il prodotto è conforme ai seguenti standard:**

UNI EN 14683: 2019	Mascherine facciali ad uso medico – Requisiti e metodi di prova.
--------------------	--

*Tale prodotto, appartiene alla classe I, per la regola 1 dell'Allegato IX della Direttiva 93/42/CEE, e soddisfa i requisiti essenziali di cui all' Allegato I della medesima Direttiva, inoltre è soggetto alla procedura prevista dall'Articolo 11, punto 5 della Direttiva Dispositivi Medici 93/42/CEE.*

*Data*

*Luogo*

*Firma*

**25-02-2021**

Legale rappresentante