

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ
DECLARATION OF CONFORMITY



ΚΑΤΑΣΚΕΥΑΣΤΗΣ / MANUFACTURER

ΟΝΟΜΑ / NAME

ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ ΒΑΣ. ΑΒΕΡΗΣ

ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΚΑΙ ΕΜΠΟΡΙΑ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΠΙΠΛΩΝ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ / ADDRESS

ΘΕΣΗ ΦΡΑΓΜΑ ΕΠΙ ΑΓΡ. ΟΔΟΥ ΕΚΤΟΣ ΟΙΚΙΣΜΟΥ 0, Τ.Κ. 63073 ΓΑΛΑΤΙΣΤΑ

Τηλ.: +30 6978047815, e-mail: averis.stelios@gmail.com

ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΔΗΛΩΝΕΙ ΟΤΙ : / HEREWITH DECLARES THAT :

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ / PRODUCT'S DESCRIPTION

ΤΡΟΧΗΛΑΤΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΦΟΡΗΤΟΥ ΥΠΕΡΗΧΟΥ

ΤΥΠΟΣ / TYPE

TIP-2

ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΕΙΡΑΣ / SERIAL NUMBER

ΕΙΝΑΙ ΣΥΜΦΩΝΟ ΜΕ ΤΙΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΤΗΣ ΟΔΗΓΙΑΣ /
IS IN CONFORMITY WITH PROVISIONS OF DIRECTIVE

(EU) 745/2017 MDR

ΠΡΟΤΥΠΟ ΕΦΑΡΜΟΖΟΜΕΝΟ ΑΠΟ ΤΟΝ ΚΑΤΑΣΚΕΥΑΣΤΗ / STANDARD APPLIED BY MANUFACTURER

EN ISO 13485:2016

ΕΤΟΣ ΠΟΥ ΤΕΘΗΚΕ Η ΣΗΜΑΝΣΗ CE / YEAR IN WHICH CE MARKING WAS AFFIXED

2022

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

ΟΝΟΜΑ / NAME

ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ ΒΑΣ. ΑΒΕΡΗΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ / ADDRESS

ΘΕΣΗ ΦΡΑΓΜΑ ΕΠΙ ΑΓΡ. ΟΔΟΥ ΕΚΤΟΣ ΟΙΚΙΣΜΟΥ 0,
Τ.Κ. 63073 ΓΑΛΑΤΙΣΤΑ

Τηλ.: +30 6978047815 e-mail: averis.stelios@gmail.com

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ / DATE

02/01/2023

ΣΦΡΑΓ. ΚΑΤΑΣΚΕΥΑΣΤΗ / MANUFACTURER'S SEAL

ΥΠΟΓΡΑΦΗ / SIGNATURE

ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ ΑΒΕΡΗΣ
ΚΑΤΑΣΚΕΥΕΣ - ΕΜΠΟΡΙΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ
ΓΑΛΑΤΙΣΤΑ ΧΑΛΚΗΣ, ΘΕΣΗ ΦΡΑΓΜΑ, Τ.Κ. 63073
Α.Φ.Μ. 136271636 - Δ.Ο.Υ. ΠΟΛΥΓΥΡΟΥ
e-mail: averis.stelios@gmail.com
ΤΗΛ. 6978 047815