

# KONFORMITÄTSERKLÄRUNG / DECLARATION OF CONFORMITY

Wir / We

Name und Adresse der Firma:

Dr. Kleine Pharma GmbH

Name and address of manufacturer:

Heidsieker Heide 114

D-33739 Bielefeld

erklären in alleiniger Verantwortung, dass

declare on our own responsibility that

das Medizinprodukt Name / name

Isländisch Moos Pastillen

the medical device

Typ / type or model

Der Klasse / Regel / of class / rule

I / Regel 5

allen anwendbaren Anforderungen der Richtlinie 93/42/EWG entspricht.

meets all applicable requirements of the Directive 93/42/EEC.

Angewandte Normen (optional) oder

Applied standards (optional) or

andere normative Dokumente (optional):

other normative documents (optional):

Name, Adresse und Kennnummer der  
Benannte(n) Stelle(n):

Name, adress and identification number of Notified  
body(ies):

Konformitätsbewertungsverfahren:

Conformity assessment procedure:

RL 93/42/EWG, Anhang VII

Gültigkeitsdauer / validity

25.05.2024

Ort, Datum / place, date

Bielefeld, 12.03.2020

 .....

Rechtsverbindliche Unterschrift

legally binding signature

Kerstin Knabben, RA-Manager

Name und Funktion / name and function