

**KONFORMITÄTSERKLÄRUNG/ DECLARATION DE CONFORMITE
DECLARATION OF CONFORMITY/ DICHIARAZIONE DI CONFORMITA**

Name und Adresse der Firma
Nom et adresse de l'entreprise
Nome e indirizzo della ditta
Name and address of the firm

RIEMSER Pharma GmbH.....

An der Wiek 7

17493 Greifswald-Insel Riems

Wir erklären in alleiniger Verantwortung, dass/ *Nous déclarons sous notre propre responsabilité quel*
Dichiariamo sotto nostra responsabilità che/ We declare under our sole responsibility that

das Medizinprodukt

Dr. Storz® 97,5% Aloe Vera Gel

Aloe Vera Riemser 97,5 % Gel

le dispositif médical
the medical device
il dispositivo

LOT: 101010

.....
Bezeichnung, Typ oder Modell, Chargen- oder Seriennummer, ev. Herkunft und Stückzahl/
Nom, type ou modèle, numéro de lot ou série, év. Source et nombre d'exemplaires
Nome, tipo o modello, numero di lotto o di serie, ev. Fonte e numero di esemplari
Name, type or model, batch or serial number, possibly sources and number of items

der Klasse/ *de la classe/ della classe/*
of class

Klasse II a.....

Nach Anhang IX der Richtlinie 93/42/EWG/ selon l'annexe IX de
la directive 93/42/CEE/ secondo l'allegato IX della direttiva
93/42/CEE/ according to annex IX of direct. 93/42/EEC

allen Anforderungen der Medizinprodukte-Richtlinie (93/42 EWG) entspricht, die anwendbar sind/ *remplit*
toutes les exigences de la directive sur les dispositifs médicaux 93/42/CEE qui le concernent/ soddisfa tutte le
disposizioni della direttiva 93/42/CEE che lo riguardano/
meets all the provisions of the directive 93/42/EEC which apply to it.

Konformitätsbewertungsverfahren
Procédure d'évaluation de la conformité
Procedimento di valutazione della conformità
Conformity assessment procedure

MDD, Anhang II.3

Konformitätsbewertungsstelle (falls beigezogen)
Organe resp. de l'évaluat. de la conformité (si consulté)
Organo incaric. della conform. (se consultato)

mdc medical device certification GmbH
Kriegerstraße 6
D-70191 Stuttgart

Notified Body (if consulted)

CE 0483

Greifswald/ Insel Riems

31.05.21 Pharma GmbH

QMB

Datum/ **Firmenstempel/ company stamp/ date/ data**

Name und Unterschrift/ *Nom et signature/ Nome e*
firma/ Name and signature

Dr. S. Herz 