

**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: 101030 .....

.....  
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

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

QMB

*Dr. S. Hee* *Dr. Hee*

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