

## **Konformitätserklärung**

Wir

Firma ELASTOTEX Service GmbH

.....  
(Name des Anbieters)

Polenzer Str. 15, 01665 Klipphausen OT Semmelsberg

.....  
(Anschrift)

erklären in eigener Verantwortung, dass das Produkt,

**ELASTOFLEX-Langzugkompressionsbinde, eigene Herstellung**

.....  
(Bezeichnung, Typ oder Modell, Los-, Chargen- oder Seriennummer, möglichst Herkunft und Stückzahl)

auf das sich diese Erklärung bezieht, mit der/den folgenden Norm(en) oder normativen Dokument(en) übereinstimmt.

**Gesetz über Medizinprodukte vom 25.05.2017**

.....  
(Titel und/oder Nummer sowie Ausgabedatum der Norm(en) oder der anderen normativen Dokumente)

(falls zutreffend)

gemäß den Bestimmungen der Richtlinie.....

**Verordnung (EU) 2017/745 über Medizinprodukte**

.....

**Klipphausen, Januar 2026**

.....  
(Ort und Datum der Ausstellung)

**T.Hannß**

.....  
(Name und Unterschrift oder gleichwertige  
Kennzeichnung des Befugten)