

**DEKLARACJA ZGODNOŚCI UE**  
EU DECLARATION OF CONFORMITY



<b>Nr Deklaracji Zgodności UE</b> No. of the EU Declaration of Conformity	116/2024
<b>Nazwa i adres Producenta</b> Name and address of the manufacturer	<b>REHA FUND Sp. z o. o.</b> ul. Staniewicka 14 03-310 Warszawa, Polska (Poland) e-mail: info@rehafund.pl www.rehafund.pl
<b>Niepowtarzalny numer rejestracyjny (SRN)</b> Single Registration Number (SRN)	<b>PL-MF- 000047481</b>
<b>Nazwa wyrobu medycznego/ Grupy rodzajowe</b> Name of medical device/ Generic Group Name	<b>Neoprenowy stabilizator nadgarstka z ujęciem ręki</b> <b>LIGAMAX PALM</b> Neoprene Wrist Support LIGAMAX PALM
<b>Nr katalogowy</b> Catalogue Number	<b>O-1721</b>
<b>Modele/ Wersje/ Akcesoria wyrobu medycznego:</b> Models/ Variants/ Accessories of medical device	<b>O-1721/U</b>
<b>Kod Basic UDI-DI</b> Basic UDI-DI Code	5903940701721E7
<b>Klasa ryzyka / reguła</b> Risk class / rule	<b>klasa I, reguła 1</b> class I, rule 1
<b>Przewidziane zastosowanie</b> Intended Purpose	<b>Stosowany zapobiegawczo podczas uprawiania sportu oraz powrotu do aktywności fizycznej po urazie.</b> Used as a preventive measure in sport and when returning to physical activity after an injury.
<b>Procedura oceny zgodności</b> Conformity assessment procedure	<b>Zgodnie z Rozporządzeniem (UE) 2017/745 w sprawie wyrobów medycznych wg. Zał. I, II, III, IV i V.</b> In accordance with Regulation (EU) 2017/745 on medical devices according to Annex I, II, III, IV and V.
<b>Nazwa i nr jednostki notyfikowanej</b> Name and identification number of the notified body	n/d
<b>Nr certyfikatu</b> Certificate no.	n/d
<b>Data pierwszego wydania certyfikatu</b> Date of first issue of the certificate	n/d
<b>Data wydania certyfikatu</b> Date of issue of the certificate	n/d
<b>Data ważności certyfikatu</b> Validity date of the certificate	n/d

**DEKLARACJA ZGODNOŚCI UE**  
EU DECLARATION OF CONFORMITY



Niniejszym oświadczamy, że wymienione powyżej wyroby medyczne spełniają wymagania Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych, zmiany dyrektywy 2001/83/WE, rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 oraz uchylenia dyrektyw Rady 90/385/EWG i 93/42/EWG.

We hereby declare that above-mentioned medical devices meet the requirements of Regulation (EU) 2017/745 of the European Parliament and of the Council of April 5, 2017 on medical devices, amending Directive 2001/83/EC, Regulation (EC) No. 178/2002 and Regulation (EC) No. 1223/2009 and repealing Council Directives 90/385/EEC and 93/42/EEC.

Producent oświadcza, że przyjmuje pełną odpowiedzialność za zgodność wyrobów z wymogami ww. aktów prawnych i ze wszystkimi innymi przepisami Unii mającymi zastosowanie do tego wyrobu.

The manufacturer declares that they assumes full responsibility for the compliance of the product with the requirements of the above-mentioned legislation and with all other European Union regulations applicable to the product.

Producent oświadcza, że niniejsza Deklaracja Zgodności UE została wydana na wyłączną odpowiedzialność producenta, a objęte nią wyroby medyczne zostały oznakowane przez producenta znakiem CE.

The manufacturer declares that this EU Declaration of Conformity has been issued under the sole responsibility of the manufacturer, and the medical devices covered by it have been CE marked by the manufacturer.

Wyroby medyczne spełniają wymagania następujących norm:

The product meets the requirements of the following standards:

EN ISO 13485; EN ISO 14971; EN ISO 20417; EN ISO 14155; EN ISO 10993-1; EN ISO 15223-1; EN 14079.

Podpis / Data:

Signature / Date:

\_\_\_\_\_

Prezes Zarządu / President of the Board