

**Wir / We****Alfred Becht GmbH**

Carl-Zeiss-Straße 16

D-77656 Offenburg

**SRN: DE-MF-000007020****erklären in alleiniger Verantwortung, dass das Produkt:**

declare under our own responsibility that the product:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Produktname: Mundspiegel</b><br><b>UMDNS-Nr.: 12-547</b><br><b>REF: 8061.04 / 8061.05 / 8061.14 / 8061.15 / 8062.04</b><br><b>/ 8062.05 / 8066.00 / 8067.00 / 8068.00F</b><br><b>BASIS-UDI-DI: 42503747mouthmirror01W3</b><br><br><b>Zweckbestimmung: Zur Inspektion und Untersu-</b><br><b>chung der Mundhöhle, insbesondere der Zähne.</b> | <i>Product name: Mouth Mirrors</i><br><i>UMDNS-Code: 12-547</i><br><i>REF: 8061.04 / 8061.05 / 8061.14 / 8061.15 /</i><br><i>8062.04 / 8062.05 / 8066.00 / 8067.00 / 8068.00F</i><br><i>Basic-UDI-DI: 42503747mouthmirror01W3</i><br><br><i>Intended Use: For inspection and examination of</i><br><i>the oral cavity, especially the teeth.</i> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**auf das sich diese Erklärung bezieht, mit allen einschlägigen Normen übereinstimmt:**

to which this declaration relates is in conformity with all relevant standards:

**Verordnung (EU) für Medizinprodukte 2017/745 / Regulation (EU) 2017/745 on**  
medical devices**Das Konformitätsbewertungsverfahren erfolgte gemäß Verordnung (EU) 2017/745 MDR Artikel 19.**  
Declaration of Conformity according to Regulation (EU) 2017/745 MDR Article 19.**Die Klassifizierung (Klasse I) erfolgt nach Anhang VIII, Abs. 5.1, Regel 5 der Verordnung.**  
Classification (Class I) according to annex VIII, par. 5.1. rule 5 of the Regulation.**Wir erklären hiermit die alleinige Verantwortung für die Ausstellung der Konformitätserklärung.**  
We hereby declare our sole responsibility for issuing the Declaration of Conformity.**Diese Konformitätserklärung gilt in Verbindung mit einem chargenbezogenen Freigabedokument.**  
This Declaration of conformity is valid in conjunction with a batch-related released document.**Beginn der Gültigkeit: 14.05.2025**  
Valid since: 14.05.2025**Gültig bis: 13.05.2028**  
Valid until: 13.05.2028**Signed on behalf of:**

Offenburg, 23.10.2025

**Ort, Datum:**  
City, Date:**Patricia Klug**  
**Qualitätsmanagementbeauftragter**  
Quality management representative