

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ  
ДЕКЛАРАЦИЯ О СООТВЕТСТВИИ



№ РОСС RU Д-RU.PA01.B.80488/21

**ЗАЯВИТЕЛЬ:** ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "НПО ЕВРАЗФАРМ", ООО "НПО ЕВРАЗФАРМ", место нахождения 141983, РОССИЯ, ОБЛАСТЬ МОСКОВСКАЯ, ГОРОД ДУБНА, УЛИЦА ПРОГРАММИСТОВ, ДОМ 4, СТРОЕНИЕ 4, ПОМЕЩЕНИЕ 111, ОГРН 1205000097719, ИНН 5010057799, телефон +7 4951093118, электронная почта info@euraspharm.com, места осуществления деятельности 141290, РОССИЯ, Московская обл, г Красноармейск, ул Свердлова, дом 33, ЗАО НПО "Химсинтез"; 141981, РОССИЯ, Московская обл, г Дубна, ул Большевожская, дом 15, пом. 116, ООО "НПО ЕВРАЗФАРМ"  
**В ЛИЦЕ:** ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДИРЕКТОР, БУРОВА ЮЛИЯ НИКОЛАЕВНА

**ЗАЯВЛЯЕТ, ЧТО ПРОДУКЦИЯ** средство дезинфицирующее "AlterDez" ("АлтерДез"), средство дезинфицирующее "AlterDez" ("АлтерДез"), ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "НПО ЕВРАЗФАРМ", ООО "НПО ЕВРАЗФАРМ", 141983, РОССИЯ, ОБЛАСТЬ МОСКОВСКАЯ, ГОРОД ДУБНА, УЛИЦА ПРОГРАММИСТОВ, ДОМ 4, СТРОЕНИЕ 4, ПОМЕЩЕНИЕ 111, адрес места осуществления деятельности: 141290, РОССИЯ, Московская обл, г Красноармейск, ул Свердлова, дом 33, ЗАО НПО "Химсинтез"; 141981, РОССИЯ, Московская обл, г Дубна, ул Большевожская, дом 15, пом. 116, ООО "НПО ЕВРАЗФАРМ", ОГРН 1205000097719, ИНН 5010057799, ГОСТ 12.1.007-76, Система стандартов безопасности труда. Вредные вещества. Классификация и общие требования безопасности, пп. 1.2, 1.3;; № 01-12/75-97, Нормативные показатели безопасности и эффективности дезинфекционных средств, подлежащие контролю при проведении обязательной сертификации, пп. 1.1–1.7, 2.1–2.7, 5.1, Серийный выпуск,

код ОКПД 2: 20.20.14.000

код ТН ВЭД ЕАЭС: 3808949000

**СООТВЕТСТВУЕТ ТРЕБОВАНИЯМ:** ГОСТ 12.1.007-76, Система стандартов безопасности труда. Вредные вещества. Классификация и общие требования безопасности, пп. 1.2, 1.3;; № 01-12/75-97, Нормативные показатели безопасности и эффективности дезинфекционных средств, подлежащие контролю при проведении обязательной сертификации, пп. 1.1–1.7, 2.1–2.7, 5.1;

**СХЕМА ДЕКЛАРИРОВАНИЯ СООТВЕТСТВИЯ** 1д

**ДЕКЛАРАЦИЯ О СООТВЕТСТВИИ ПРИНЯТА НА ОСНОВАНИИ**

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ:** null

**СРОК ДЕЙСТВИЯ ДЕКЛАРАЦИИ О СООТВЕТСТВИИ** с 31.05.2021 по 27.05.2024

М.П.

Заявитель

  
подпись

БУРОВА ЮЛИЯ НИКОЛАЕВНА

фамилия, имя, отчество  
(последнее при наличии)

(при наличии)

**ЗАЯВЛЕНИЕ:** продукция безопасна при использовании согласно указанному способу применения в соответствии с целевым назначением. Заявителем приняты меры по обеспечению соответствия продукции требованиям, установленным техническим регламентом (техническими регламентами) Российской Федерации.

