

**EC DECLARATION OF CONFORMITY  
DECLARATION CE DE CONFORMITE**

- Directive 89/686/CEE -

I hereby certify that the following designated product

Par la présente, nous déclarons sous notre seule responsabilité que le produit suivant :

**Product Identification**

(product designation, name, type, model number)

**Masque anti-pollution Bike Original comprenant un porte-filtres et 2 filtres - référence 4334  
ET  
Filtres pour masque anti-pollution -référence 4335**

**Product Image**



Comply with the essential requirements and provisions of the Directive 89/686/CEE and meet the requirements set out in in this Directive

Sont conformes aux exigences essentielles et aux dispositions du Directive 89/686/CEE et satisfait aux exigences prévues dans cette Directive

**Applied harmonized standards  
Norm Name /Number**

> EN 149:2001 + A1 : 2009

The designated product was subject to sample testing for which the Third Party Testing Lab(s) issued test report(s)  
Les produit sus-mentionnés ont fait l'objet des tests listés ci-dessous réalisés par un laboratoire externe :

TEST STANDARD/REGULATION	REPORT NUMBER	ISSUED BY	OVERALL CONCLUSION
EN 149:2001+A1:2009	0082/872/079/01/18/0088	apave	PASS

l'organisme notifié APAVE 0082 size CS60193-13322 Marseille Cedex 16 France a effectué l'examen CE de type et a établi l'attestation d'examen CE de type 0082/872/079/01/18/0088.

l'EPI est soumis à la procédure d'évaluation de la conformité, contrôles supervisés du produit à des intervalles aléatoires, module C2 , sous la surveillance de l'organisme notifié APAVE N°0082.

The notified body APAVE N°0082 located CS60193-13322 Marseille Cedex 16 France proceeded to the EC-type examination and issued an EC type -Examination certificate 0082/872/079/01/18/0088.

This personnel protective equipment is subject to the procedure of evaluation of its conformity supervised controls (module C2), under the control the notified body APAVE N°0082 .

The declaration is the sole responsibility of the manufacturer

**Name and Address of the manufacturer**

**ADD ONE - ZI LES QUATRE CHEVALIERS - ROND POINT DE LA REPUBLIQUE - 17180 PERIGNY**

Country, Place/ (DD/MM/YY)

Place & date of issue

*Perigny, France*  
*15/02/2018*

(Name, Function) (signature)

Signature & Company stamp

**ADD-ONE**  
**ZI LES QUATRE CHEVALIERS**  
**ROND POINT DE LA REPUBLIQUE**  
**17180 PERIGNY**  
**05 46 07 15 15 / 05 46 07 15 25**  
**RCS LA ROCHELLE 444 120 257**

(\* ) the manufacturer shall take all measures necessary so that the manufacturing process complies with the requirements of the legislative instruments applicable to them.