

Konformitätserklärung

Declaration of Conformity
Déclaration de Conformité

RAFI

Wir
We
Nous

RAFI GmbH & Co. KG

(Name des Anbieters / supplier's name / nom du fournisseur)

Ravensburger Straße 128-134
D-88276 Berg

(Anschrift / address / adresse)

erklären in alleiniger Verantwortung, dass das Produkt
declare under our sole responsibility that the product
déclarons sous notre responsabilité unique que le produit

RAFIX 22 FS, FS+, FSR, RAFIX 30 FS+
Betätigungselemente / actuators

1.30.2xx.xxx
9.30.2xx.xxx

in Verbindung mit / in combination with

Universal Schaltelement mit Steckanschluss /

Contact block with quick connect terminals

1.20.126.30x

Universal Schaltelement mit Printanschluss /

Contact block with print terminals

1.20.126.20x

mit Silberkontakt / with silver contacts

Gebrauchskategorien / Utilisation Categories:

AC 15 250 V/1,5 A

DC 13 250 V/0,27 A

Bemessungsbetriebströme:

AC 6 A/250 V; DC 3 A/24 V

(Bezeichnung oder Modell / name or model / type)

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

to which this declaration relates is in conformity with the following standard(s) or normative document(s)
auquel se réfère cette déclaration est conforme à la/aux norme(s) ou au/aux document(s) normatif(s) suivant(s)

EN 60947-1: 2014

EN 60947-5-1: 2009

EN 62471: 2008

Öffner inklusive Zwangstrennung / NC with direct opening action

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

Title and/or number and date of issue of the standard(s) or other Normative documents /

Titre et/ou numéro et date de délivrance des normes ou d'autres documents normatifs)

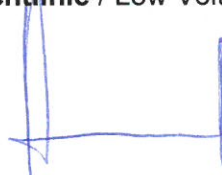
Gemäß den Bestimmungen der Richtlinie(n)

following the provisions of Directive(s)

Conformément aux dispositions de la / des directive(s)

2011/65/EU and 2015/863/EU RoHS Richtlinie / RoHS Directive

2014/35/EU Niederspannungsrichtlinie / Low Voltage Directive



Berg, den 04.10.2018

(Ort und Datum der Ausstellung /

Place and date of issue /

Lieu et date de délivrance)

ppa. Dr. Lothar Seybold

(Name und Unterschrift des Befugten /

Name and signature of authorized person /

Nom et signature de la personne autorisée)