

**DEKLARACJA ZGODNOŚCI UE NR**  
*EU Declaration of conformity No.*

**ZAP/Truck Professional/670 19**

1. Model baterii:  
*Battery model:* Produkt: **Bateria rozruchowa ołowiowo-kwasowa (SLI)**  
*Product:* Lead-acid starter battery (SLI)  
Kategoria: **SLI battery**  
*Category:* lead-acid starter battery (SLI)

2. Wytwórca:  
*Manufacturer:* ZAP Sznajder Batterien S.A.  
ul. Warszawska 47  
05-820 Piastów  
Polska (POLAND)

3. **Niniejsza deklaracja zgodności wydana zostaje na wyłączną odpowiedzialność wytwórcy.**  
*This declaration of conformity is issued under the sole responsibility of the manufacturer.*

4. Przedmiot deklaracji:  
*Object of the declaration:* Bateria rozruchowa ołowiowo-kwasowa (SLI)  
*Lead-acid starter battery (SLI)*

Marka:  
Brand: ZAP Truck Professional

Pojemność:  
*Capacity:* 170 Ah

Prąd rozruchu:  
*Cold Cranking Amps (CCA):* 950 A

Rodzaj bloku:  
*Box type:* D5

Napięcie:  
*Electric voltage:* 12 V

Numer katalogowy:  
*Catalog number:* 670 19

5. **Opisany w pkt. 4 przedmiot deklaracji jest zgodny z odpowiednim prawodawstwem harmonizacyjnym Unii:**  
*The object of the declaration described in point 4 is in conformity with the relevant Union harmonisation legislation:*

Dyrektywy/ Rozporządzenia: **Rozporządzenie PE (UE) 2023/1542**  
*Directives / Regulations:* Regulation (EU) 2023/1542

6. **Odniesienia do odpowiednich norm zharmonizowanych lub wspólnych specyfikacji, które zastosowano, lub do innych specyfikacji technicznych, w oparciu o które deklarowana jest zgodność:**  
*References to the relevant harmonised standards or the common specifications used or references to the other technical specifications in relation to which conformity is declared:*

Normy zharmonizowane:  
*Harmonised standards:* Nie określono  
*Not available*

Pozostałe normy:  
*Other standards:* **PN-EN 50342-1 p. 6.1, 6.2;**  
**PN-EN 50342-4**  
**Rozporządzenie UE 1103/2010**  
*Regulation (EU) 1103/2010*

7. **Jednostka notyfikowana:**  
*The notified body:* -  
**Certyfikat:**  
*Certificate:* -

8. **Informacje dodatkowe**  
*Additional information* -

Piastów, 2024-08-19

WICEPREZES ZARZĄDU  
DYREKTOR GENERALNY

dr inż. Tomasz Doczekalski

Miejsce, data:  
*Place, date:*

Imię i nazwisko, stanowisko, podpis osoby upoważnionej  
*Name, surname, function, signature of authorized person:*