

Märkning och upphängningsdon

Härmed intygas att kontroll av märkning och upphängningsdon skett enligt C.2.1.

Sjukhus: _____ Dragningschema: _____

Medicinsk gas	Kontrollerad sektion	Märkning godkänd Ja/Nej	Upphängning godkänd Ja/Nej

Representant för installatören/tillverkaren

Befattning: _____ Namnteckning: _____

Datum: _____ Namnförtydligande _____

Besiktningsman

Befattning: _____ Namnteckning: _____

Datum: _____ Namnförtydligande: _____