Motsvarar formulär enl. EN ISO 7396-1: **D.11**

Systemprestanda

Sjukhus: _____ Dragningsschema: _____

Härmed intygas att rörledningen för nedan angiven medicinsk gas har provats enligt C.3.6 och C.3.7.

Medicinsk gas: _____ Provningsflöde för gasuttag: _____ l/min

Avsett systemflöde: _____ l/min Minsta tillåtna distributionstryck: _____ bar

Nominellt distributionstryck: _____ bar Högsta tillåtna distributionstryck: _____ bar

Rumsnummer	Identifikation av gasuttag	Godkänt prov (Ja/Nej)

Använt kontrollinstrument:_____

Representant för installatören/tillverkaren

Befattning: _____ Namnteckning: _____

Datum: _____ Namnförtydligande _____

Besiktningsman

Befattning: _____ Namnteckning: _____

Datum: _____ Namnförtydligande: _____

Postadress
Amerikavägen 6
SE-393 56 KALMAR, SWEDEN

Telefon
+46 (0)480-440200

Telefax
+46 (0)480-440010

Hemsida / E-post
www.qmt3.com
info@qmt3.com