Motsvarar formulär enl. EN ISO 7396-1: **D.12**

Provning av säkerhetsventiler

Sjukhus: _____ Dragningsschema: _____

Härmed intygas att rörsystemens säkerhetsventiler har kontrollerats/provats (stryk det som ej önskas) enligt C.3.8 som följer:

Medicinsk gas	Identifikation säkerhetsventil	Rum	Full utsläpps-kapacitet (l/min)	Fullt utsläpps-tryck (bar)	Korrekt ventilation	Stängnings-tryck (bar)

Använt kontrollinstrument:_____

Representant för installatören/installatören

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