

Provning av gasförsörjningar

Sjukhus: _____ Dragningschema: _____

Härmed intygas att följande gasförsörjningar har provats/kontrollerats enligt C.3.9.

Gasförsörjningskälla	Förhållande normal drift	Godkänt/ Ej godkänt	Förhållande nödsituation	Godkänt/ Ej godkänt
Luftkompressorsystem				
Tömningscentral O2				
Tömningscentral Medicinsk luft				
Nödförsörjningssystem O2				
Vacuumsystem				

Representant för installatören/tillverkaren

Befattning: _____ Namnteckning: _____

Datum: _____ Namnförtydligande _____

Besiktningsman

Befattning: _____ Namnteckning: _____

Datum: _____ Namnförtydligande: _____