Motsvarar formulär enl. EN ISO 7396-1: **D.20**

Fyllande med avsedd gassort

Sjukhus: _____ Dragningsschema: _____

Härmed intygas att följande rörledningar för medicinska gaser har fyllts med avsedd gassort enligt C.3.15.

Medicinsk gas	Fylld	Gasflöde konstaterat från samtliga gasuttag

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