

Test för täthet av vacuumsystem

Härmed intygas att provning av enligt C.3.1.1 och kontroll av läckage enligt C.3.1.2 har utförts på rörsystem för _____.

Sjukhus: _____ Dragningschema: _____

Provad sektion	Provtryck (bar)	Antal timmar för prov	Tryckstegring Δp (bar)	Godkänt $\Delta p \leq 0,2$ bar/tim	Datum

Representant för installatören/tillverkaren

Befattning: _____ Namnteckning: _____

Datum: _____ Namnförtydligande _____

Besiktningsman

Befattning: _____ Namnteckning: _____

Datum: _____ Namnförtydligande: _____