

Kontroll av mekanisk hållfasthet och täthet av medicinskt gassystem för komprimerade gaser

Sjukhus: _____ Dragningschema: _____

Härmed intygas att kontroll av hållfasthet och täthet enligt C.3.1.3 har utförts på följande rörledningssystem.

Medicinsk gas	Kontrollerad sektion	Antal tim provning	Provtryck (bar)	Godkänd / Ej Godkänd	Kontrollerat datum

Använt kontrollinstrument: _____

Representant för installatören/tillverkaren

Befattning: _____ Namnteckning: _____

Datum: _____ Namnförtydligande _____

Besiktningsman

Befattning: _____ Namnteckning: _____

Datum: _____ Namnförtydligande: _____