

Virksomhedens navn og stempel:

INSTALLATIONS- OG SERVICERAPPORT

Nr. : _____

Dato: _____

1. Data Ejer af køretøj: Adresse: Telefon:	Campingvogn <input type="checkbox"/> Autocamper <input type="checkbox"/> Andet: _____
Mærke af køretøj: Årgang:	Model: Indregistreringsnummer:

2. Gasflaskeforsyningsystemet

Gasflasker: Antal: _____ Type: _____ Gastank: _____ Type: _____

Kontrol af gasflaskerum for placering af gasflasker og ventilation ☐ OK / ☐ ej OKFunktionskontrol af trykregulator / automatisk omskifter ☐ OK / ☐ ej OK

Afgangstryk : mbar

Lukketryk : mbar

Regulatorslangens tilstand ☐ OK / ☐ ej OK**Bemærkninger:****3. Rørinstallation og apparattilslutning**Rørledning / ledningsføring, inkl. apparattilslutning ☐ OK / ☐ ej OKAfspærringsventiler før apparattilslutning ☐ OK / ☐ ej OKTæthedsprøve ved 150 mbar ☐ OK / ☐ ej OK**Bemærkninger:****4. Ventilation**Friskluftåbninger til apparaterne ☐ OK / ☐ ej OKAlmen ventilation i vognen ☐ OK / ☐ ej OK**Bemærkninger:**

5. Gasforbrugende apparater								
Funktion	Fabrikat	Type	Termosikring		Flammestabilitet		Forbrænding	
			OK	ej OK	OK	ej OK	CO *	CO ₂
Køgebord			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Køleskab			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%	%
Varmeovn			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%	%
Vandvarmer			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%	%
Andet			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%	%

* maks. CO korr.
0,1 % / 1000 ppm

Tilstandskontrol

Gasforbrugende apparater, funktionskontrol ☐ OK / ☐ ej OK

Aftræk fra køleskab ☐ OK / ☐ ej OK

Aftræk fra varmeovn ☐ OK / ☐ ej OK

Foretaget rensning ☐ ja / ☐ nej

Bemærkninger:

6. Dokumentation	
Brugervejledning for vognen	<input type="checkbox"/> OK / <input type="checkbox"/> ej OK
Apparatvejledninger	<input type="checkbox"/> OK / <input type="checkbox"/> ej OK
Sikkerhedsinstruks	<input type="checkbox"/> OK / <input type="checkbox"/> ej OK
Bemærkninger:	

7. Resultat / konklusion
Fundne fejl ved kontrol / service:
Tiltag til forbedringer inden næste kontrol:

8. Underskrift og identifikation	
Virksomhedens navn og stempel	
Underskrift: _____	
Navn: _____	
ID-nr. for kompetent virksomhed: ID-nr. VG-_____	