

MALL FÖR SLUTBESIKTNING

Uppvärmad ytam
 Antal lägenheterst
 Dim Flöde (vv).....m³/h
 Dim Tryckfall kPa

Besiktningens utlåtande för fjärrvärmeinstallation

Kund:
 Adress:
 Fastighetsbeteckning:
 Telefon nr:

Anslutningsdatum: _____
 Besiktningens datum: _____

Primär-ledning:	Servisventiler:	<input type="checkbox"/>	OK	<input type="checkbox"/>	Anm.	_____
	Tätning mot vägg:	<input type="checkbox"/>	OK	<input type="checkbox"/>	Anm.	_____
	Upphängningar:	<input type="checkbox"/>	OK	<input type="checkbox"/>	Anm.	_____
	Genomföringar:	<input type="checkbox"/>	OK	<input type="checkbox"/>	Anm.	_____
	Rördragning:	<input type="checkbox"/>	OK	<input type="checkbox"/>	Anm.	_____
	Isolering:	<input type="checkbox"/>	OK	<input type="checkbox"/>	Anm.	_____
	Avluftningsledning:	<input type="checkbox"/>	OK	<input type="checkbox"/>	Anm.	_____
	Golvbrunn:	<input type="checkbox"/>	Finns	<input type="checkbox"/>	Finns ej	<input type="checkbox"/> Anm. _____
Övriga värme och vv-ledningar:	Radiator-krets	<input type="checkbox"/>	OK	<input type="checkbox"/>	Anm.	_____
	VV-krets	<input type="checkbox"/>	OK	<input type="checkbox"/>	Anm.	_____
	Isolering	<input type="checkbox"/>	OK	<input type="checkbox"/>	Anm.	_____
Växlar- installation:	Rördragning	<input type="checkbox"/>	OK	<input type="checkbox"/>	Anm.	_____
	Skåp	<input type="checkbox"/>	OK	<input type="checkbox"/>	Anm.	_____
Regler-utrustning:	Värme	<input type="checkbox"/>	OK	<input type="checkbox"/>	Anm.	_____
	Varmvatten	<input type="checkbox"/>	OK	<input type="checkbox"/>	Anm.	_____
	Injustering	<input type="checkbox"/>	OK	<input type="checkbox"/>	Anm.	_____
Elinstallation:	220 Volt	<input type="checkbox"/>	OK	<input type="checkbox"/>	Anm.	_____
	Utegivare	<input type="checkbox"/>	OK	<input type="checkbox"/>	Anm.	_____
	Rumsgivare	<input type="checkbox"/>	Finns	<input type="checkbox"/>	Finns ej	<input type="checkbox"/> Anm. _____
	Signalkabel	<input type="checkbox"/>	Finns	<input type="checkbox"/>	Finns ej	<input type="checkbox"/> Anm. _____
Värmemätning:	Mätare	_____				
	Mätarställning	_____ MWh				
	Plombering	<input type="checkbox"/>	OK	<input type="checkbox"/>	Anm.	_____

Övrigt:
 Noterade fel och brister är ej av den art att de äventyrar anläggningens funktion och anläggningen förklaras härmed på besiktigade delar godkänd.

Garantitiden är två år och börjar löpa den ____/____-_____