

Załącznik nr 7.: Protokół kontroli szczelności

Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach
ul. Grunwaldzka 45
25-736 Kielce

.....
Miejscowość, data

PROTOKÓŁ KONTROLI SZCZELNOŚCI

stacjonarnych urządzeń chłodniczych i klimatyzacyjnych oraz pomp ciepła zawierających niektóre fluorowane gazy cieplarniane

Producent:

Model:

Numer seryjny:

Właściciel: **Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach**

Adres: **ul. Grunwaldzka 45, 25-736 Kielce**

Operator: **Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach**

Adres: **ul. Grunwaldzka 45, 25-736 Kielce**

1. Kontrola dokumentacji

Istnieje/ brak, kompletna/ nie kompletna

Uwagi:

2. Stopień zanieczyszczenia powierzchni wymiany ciepła:

Bez zastrzeżeń/ Uwagi:

3. Ocena parametrów działania urządzenia:

Ciśnienie ssania:	Ps	bar	w normie / poza normą
Ciśnienie skraplania:	Pk	bar	w normie / poza normą
Temperatura parowania:	To	°C	w normie / poza normą
Temperatura skraplania:	To	°C	w normie / poza normą
Napięcie zasilania:	U	V	w normie / poza normą

4. Stan montażu aparatury:

Bez zastrzeżeń / Uwagi:

5. Stan techniczny podpór i zamocowań:

Bez zastrzeżeń / Uwagi:

6. Stan techniczny i szczelność spawów:

Bez zastrzeżeń / Uwagi:

7. Stan techniczny izolacji termicznej:

Bez zastrzeżeń / Uwagi:

8. Stan techniczny i szczelność uszczelnień:

Bez zastrzeżeń / Uwagi:

9. Stan techniczny i szczelność zaworów:

Bez zastrzeżeń / Uwagi:

10. Kontrola korozji i szczelności:

Przewodów rurowych: Bez zastrzeżeń / Uwagi:

Elastycznych połączeń: Bez zastrzeżeń / Uwagi:

Parownik: Bez zastrzeżeń / Uwagi:

Skrapacz: Bez zastrzeżeń / Uwagi:

Inne: Bez zastrzeżeń / Uwagi:

11. Kontrola szczelności zastosowaną metodą bezpośrednią:

Bez zastrzeżeń / Uwagi:

.....

12. Przyrząd, metoda użyty(a) do bezpośredniej kontroli szczelności:

Producent:typ: czułość:g/rok

Data ważności świadectwa sprawdzenia detektora nieszczelności:

Próba szczelności za pomocą gazu obojętnego konieczna / niekonieczna

Wynik próby szczelności za pomocą gazu obojętnego: POZYTYWNY / NEGATYWNY

Imię i nazwisko dokonującego kontroli:

Nr certyfikatu personalnego:

Nazwa firmy:

Nr certyfikatu firmy:

Data ważności certyfikatu firmy:

Data i podpis: