

BacTerminator® Dental/ BacTerminator® Dental Compact Ugentlig test

Klinikkens navn: _____ Dato for installation: _____ Serie nummer: BacTerminator® Dental/ BacTerminator® Dental Compact

Adresse: _____ Navn, servicetekniker: _____

Sidste service (dato): _____ Udført af (servicetekniker): _____

Land: _____ Klinik/værelsesnummer: _____ Udskiftning af blødgøringsfilter (dato): _____

Navn på ansvarlige klinikassistent: _____

Hr. Fr. Frk.

Måling udføres efter skylleprocedure

Dato	Bekræftelse af fri klor	Niveau af fri klor	Underskrift

