

BacTerminator® Dental/ BacTerminator® Dental Compact Prueba semanal

Nombre de la clínica: Fecha de instalación: Número de serie:
BacTerminator® Dental/ BacTerminator® Dental Compact

Dirección: Nombre del técnico:

Último mantenimiento (fecha): Por (técnico):

País: Número de habitación: Cambio del Filtro Suavizante de la unidad (fecha):

Nombre del responsable de la clínica:

Sra. Sr.

Prueba posterior al proceso de limpieza

Fecha	Confirmación de Cloro Libre	Nivel de Cloro	Firma

