

# BacTerminator® Dental/ BacTerminator® Dental Compact Essai hebdomadaire

Nom de la clinique: \_\_\_\_\_ Date de l'installation: \_\_\_\_\_ Numéro de série: BacTerminator® Dental/ BacTerminator® Dental Compact

Adresse: \_\_\_\_\_ Nom du technicien: \_\_\_\_\_

Dernier entretien (date): \_\_\_\_\_ Par (technicien): \_\_\_\_\_

Pays: \_\_\_\_\_ Numéro de la salle: \_\_\_\_\_ Remplacement du filtre de l'adoucisseur (date): \_\_\_\_\_

Nom du responsable du cabinet: \_\_\_\_\_

Mme. Mlle. M. \_\_\_\_\_

## Essai à exécuter après le processus d'assainissement

Date	Confirmation du chlore libre	Niveau de chlore	Signature

