

BacTerminator® Dental/ BacTerminator® Dental Compact Test Settimanale

Nome della clinica: _____ Data di installazione: _____ Numero di serie: BacTerminator® Dental/ BacTerminator® Dental Compact

Indirizzo: _____ Nome del tecnico: _____

Ultima manutenzione (data): _____ Da parte di (tecnico): _____

Paese: _____ Numero stanza: _____ Sostituzione del filtro addolcitore (data): _____

Nome del responsabile della pratica:
Sig.ra Sig.na Sig. _____

Prova dopo il processo di igienizzazione

Data	Conferma del Cloro libero	Livello di Cloro	Firma

Prova dopo il processo di igienizzazione

Data	Conferma del Cloro libero	Livello di Cloro	Firma

Nota:

Il presente documento è disponibile per il download sul sito <http://www.adept-dental-water.com>