**Protokół przeglądu czyszczenia, odkażania i konserwacji urządzeń klimatyzacyjnych/wentylacyjnych**

użytkownik/adres: **Powiatowy Szpital Specjalistyczny w Stalowej Woli**

miejsce instalacji urządzenia: numer pomieszczenia/nazwa pomieszczenia:

producent urządzenia : jedn. wewnętrzna model:

jedn. zewnętrzna model:

(jedn. wewn.) nr fabryczny: moc chłodnicza urządzenia:

(jedn. zewn.) nr fabryczny: moc chłodnicza urządzenia:

data wykonania usługi: czynnik chłodniczy/ilość w kg:

W trakcie przeglądu dokonano następujących pomiarów i czynności:

1. filtry urządzenia wewnętrznego:

(czyszczenie filtrów, ewentualna wymiana filtrów - informacja w uwagach)

*oczyszczono □ / do wymiany □*

1. działanie wentylatorów jednostki:

(sprawdzenie poprawności pracy urządzenia)

wewnętrznej: *prawidłowe □ / nieprawidłowe □*

zewnętrznej: *prawidłowe □ /nieprawidłowe □*

1. ocena pracy urządzenia

(sprawdzenie poprawności pracy urządzenia, sprawdzenie działania urządzeń sterujących, sprawdzenie stabilności mocowania urządzenia)

wewnętrznego: *prawidłowa □ / nieprawidłowa □*

zewnętrznego: *prawidłowa □ / nieprawidłowa □*

1. pobór prądu urządzenia pracującego: A

(pomiar sprawności elektrycznej)

*prawidłowy □ / nieprawidłowy □*

1. mycie i czyszczenie elementów urządzeń:

(czyszczenie, mycie skraplacza i parownika. dezynfekcja i odgrzybianie elementów klimatyzacji, czyszczenie turbin wentylatorów, czyszczenie tac skroplin, udrożnienie odpływu skroplin itp.)

jednostki wewnętrznej: *wykonano □*

jednostki zewnętrznej: *wykonano □*

**Uwagi:**

**Zalecenia:**

***podpis użytkownika***

***podpis serwisanta***

*Podpis użytkownika potwierdza poprawne wykonanie usługi*

***Protokół bez podpisu ze strony użytkownika jest nieważny i nie stanowi podstawy do wystawienia faktury za usługę***