

Anlagenbetreiber:

Name: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Tel.: _____

Fax: _____

Email: _____

Installationsbetrieb:

Name: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Tel.: _____

Fax: _____

Email: _____

Lüftungsggerät (Typ): _____

Seriennummer: _____

Lüftungskonzept:

Aufstellung: KG EG OG Spitzboden

Außenluft: AW Dach E-WÜT E-WÜT/AW

Fortluft: AW Dach Lichtsch. KG Lamellenh.

Außenluft- / Fortluftleitung gedämmt: Ja Nein

Kondensatanschluß OK: Ja Nein

Schallentkopplung Zentralgerät: Ja Nein

Schallentkopplung Leitungsführung: Ja Nein

Bedieneinheit: MINI KOMFORT BTM-1

Überström-Funktion: Ja Nein

Filter:

Lüftungsggerät: Zuluft: _____ Abluft: _____

Ventile: Zuluft: _____ Abluft: _____

Schalldämpfer:

Fortluft: Ja Nein Typ: _____

Außenluft: Ja Nein Typ: _____

Zuluft: Ja Nein Typ: _____

Abluft: Ja Nein Typ: _____

**INBETRIEBNAHMEPROTOKOLL
KONTROLLIERTE WOHNRAUMLÜFTUNG**



Funktionskontrolle:

Lüftungsgerät: Ja Nein

Bedieneinheit: Ja Nein

Bemerkungen: _____

Ort, Datum

Unterschrift Anlagenbetreiber

Unterschrift Installateur