

## POTWIERDZENIE GOTOWOŚCI AGREGATU CHŁODNICZEGO DO URUCHOMIENIA

**URZĄDZENIE\*:**

Typ / Model: ..... Nr seryjny: .....

**OBIEKT:**

Nazwa: .....

Adres: .....

**Uwaga!:**

Poniższe czynności kontrolne należy wykonać **co najmniej 24 godziny przed** uruchomieniem.

Wykaz czynności kontrolnych	Potwierdzenie wykonania
Urządzenie sprawdzono pod kątem uszkodzeń transportowych i instalacyjnych (W przypadku stwierdzenia ewentualnych uszkodzeń należy je zgłosić serwisowi fabrycznemu przed uruchomieniem urządzenia)	
Urządzenie jest właściwie posadowione, wypoziomowane, pozbawione wszelkich zaczepów, opakowań transportowych oraz elementów trzecich, nie będących integralną częścią urządzenia	
Użytkownik/wykonawca montażu zapewnił bezproblemowy dostęp do urządzenia (Okolo 1,5 m wokół urządzenia)	
Urządzenie jest podłączone do instalacji chłodniczej zgodnie z dokumentacją techniczno-ruchową	
Instalacja Chłodnicza Jest napełniona Czynnikiem ( R.....) w ilości ( kg.....) <b>TAK / NIE **</b> Azotem ciśnienie ( Bar.....) <b>TAK / NIE **</b> Napełniono olejem (.....) w ilości (.....) Dopełniono w ilości (.....)	
Zestaw chłodniczy jest kompletnie zmontowany pod względem elektrycznym	
Wszystkie przewody zasilające i sterownicze są właściwie podłączone (zgodnie z dokumentacją techniczno-ruchową urządzenia, obowiązującymi normami i lokalnymi przepisami), zezwalając na pracę urządzenia	
Nie wolno uruchamiać sprężarek chłodniczych! Przed włączeniem wyłącznika głównego, <b>wyłącznik sterowania</b> należy ustawić w pozycji <b>0</b>	
Urządzenie musi być podłączone do instalacji elektrycznej co najmniej 24h przed uruchomieniem. <b>Wyłącznik główny</b> należy ustawić w pozycji <b>I (ON)</b>	
Odbiór mocy chłodniczej jest wystarczający do poprawnego przeprowadzenia uruchomienia i regulacji parametrów pracy /min. 90% nominalnej mocy chłodniczej/	

W przypadku odesłania podpisanego formularza i braku zaznaczenia pół/pola "potwierdzenia wykonania" w powyższej tabeli czynność/czynności uważa się za wykonane.

W przypadku stwierdzenia niespełnienia jakiegokolwiek z powyższych czynności kontrolnych zlecający pokrywa koszty związane z wysłaniem serwisu fabrycznego na miejsce uruchomienia.

**\*\* - koniecznie określić**

Data: .....

Imię i Nazwisko: .....

Pieczątka i Podpis:

.....

\* OSOBNIE POTWIERDZENIE DLA KAŻDEGO URZĄDZENIA