



Petra Schneider Dipl.-Ing. (FH)

mobilPlan

Ihr Vakuumspezialist

Untergasse 3

35085 Ebsdorfergrund

Tel.: (+49) 0 64 24 – 92 80 641

Fax: (+49) 0 64 24 – 92 80 645

info@mobilplan-marburg.de

www.mobilplan-marburg.de

Erklärung über die Kontaminierung von Vakuumgeräten und –komponenten

<p>A. Vakuumgeräte und –komponenten</p> <p>- Typenbezeichnung: _____</p> <p> Voltage: _____</p> <p>Seriennummer: _____</p>	<p>B. Grund der Einsendung:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>C. Zustand der Vakuumgeräte und –komponenten</p> <p>- Waren die Vakuumgeräte und –komponenten In Betrieb? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>- Welches Pumpenöl wurde verwendet? _____</p> <p>- Sind die Vakuumgeräte und –komponenten frei von gesundheitsgefährdeten Schadstoffen</p> <p> Ja <input type="checkbox"/></p> <p> Nein <input type="checkbox"/></p>	<p>D. Einsatzbedingte Kontaminierung der Vakuumgeräte und -komponenten</p> <p>- Toxisch Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>- Ätzend Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>- Krebserregend Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>- Mikrobiologisch*) Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>- Explosiv*) Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>- Radioaktiv*) Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>- Sonstige Schadstoffe Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p>

Art der Schadstoffe oder prozessbedingter, gefährlicher Reaktionsprodukte, mit denen die Vakuumgeräte und –komponenten in Kontakt kamen.

Handelsname Produktname Hersteller	Chemische Bezeichnung (Evtl. auch Formel)	Handelsname Produktname Hersteller	Chemische Bezeichnung (Evtl. auch Formel)
1.		6.	
2.		7.	
3.		8.	
4.		9.	
5.		10.	

E. Erklärung

Hiermit versichere/n ich/wir, daß die Angaben in diesem Vordruck korrekt und vollständig sind. Der Versand der kontaminierten Vakuumgeräte und –komponenten erfolgt gemäß den gesetzlichen Bestimmungen.

Firma/Institut: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Name: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____