

Geräteart: _____ Geräte Eigentümer: _____

Typ: _____

Druckminderer Nr. _____ Standort: _____

Lungenautomaten Nr. _____ Baujahr: _____

Rahmen Nr. _____ In den Dienst gestellt am: _____

PA -BETRIEBSNACHWEIS

Geräte (Inventar) Nr. _____

Karten
Nr. _____

Datum	Umfang der Tätigkeit	Verwendung des Gerätes			Eigene Betreuung des Gerätes			Fremdbetreuung des Gerätes							
		Ü	Zeit in Stunden	E	Zeit in Stunden	W	Event. Mängel	Unterschrift		P	R	G	Befund	Durchführender	Unterschrift
							AS-Wart	Fkdt							
	Übertrag														
Anzahl der Verwendungen / Summe der Stunden Zwischensumme der Stunden Ü+E									NÖ LANDES-FEUERWEHRSCHULE						