

WYPEŁNIA UDT
Wniosek znak:
z dnia:

Urząd Dozoru Technicznego
 Centralne Laboratorium Dozoru Technicznego
 60-706 Poznań, ul. Małeckiego 29
 poprzez
 UDT Oddział w
 ul.

W N I O S E K

o uznanie techniki próby szczelności i/lub
 laboratorium/ zakładu do wykonywania w obecności inspektora UDT prób szczelności zbiorników ¹⁾

1. Nazwa laboratorium/ zakładu, adres, telefon, faks:

2. Wnioskowany zakres:
 2.1. Metoda oraz technika próby:

 2.2. Wykonywanie w obecności inspektora UDT prób szczelności podziemnych/ naziemnych zbiorników bezciśnieniowych i niskociśnieniowych przeznaczonych do magazynowania materiałów ciekłych zapalnych/trujących lub żrących. ¹⁾
3. Osoba odpowiedzialna za wykonywanie prób szczelności zbiorników:

imię i nazwisko, stanowisko

....., data

miejsowość

.....

Podpis i pieczęć wnioskującego

Załączniki:

Załącznik nr 1 - Dokumentacja techniki próby:
znaki identyfikacyjne

Załącznik nr 2 - Procedury/ instrukcje dotyczące wykonywania próby szczelności zbiorników:

.....
znaki identyfikacyjne

Załącznik nr 3 - Wykaz wyposażenia technicznego do wykonywania próby szczelności zbiornika (nazwa, typ, podstawowe dane techniczne oraz dokumenty wzorcowania)

Opinia UDT Oddział w:

.....

Dyrektor Oddziału UDT

....., dnia

.....

podpis i pieczęć

¹⁾ niepotrzebne skreślić