



Einbaubestätigung für Amalgamabscheider 95%

Zahnarztpraxis (Adresse)

.....
.....
.....
.....

Behandlungseinheit 1

- Amalgamabscheider 95%, Einbaudatum:
- Marke/Typ des Amalgamabscheiders:
- Einbau durch:
- Ausschliesslich Dentalhygiene

Das unterzeichnende Dentaldepot bestätigt hiermit den fachgerechten Einbau:

Ort, Datum:

Unterschrift:

.....

.....



Behandlungseinheit 2

- Amalgamabscheider 95%, Einbaudatum:
- Marke/Typ des Amalgamabscheiders:
- Einbau durch:
- Ausschliesslich Dentalhygiene

Das unterzeichnende Dentaldepot bestätigt hiermit den fachgerechten Einbau:

Ort, Datum:

Unterschrift:

.....

.....

Behandlungseinheit 3

- Amalgamabscheider 95%, Einbaudatum:
- Marke/Typ des Amalgamabscheiders:
- Einbau durch:
- Ausschliesslich Dentalhygiene

Das unterzeichnende Dentaldepot bestätigt hiermit den fachgerechten Einbau:

Ort, Datum:

Unterschrift:

.....

.....

Für die Richtigkeit obiger Angaben:

Ort, Datum:

Der Praxisinhaber:

.....

.....

Dieses Formular bitte dem Amt für Umwelt zustellen.