

RODZAJ ZLECENIA* PŁATNE / GWARANCYJNE	RAPORT SERWISOWY	NUMER RAPORTU 102/12/2025/ET
DATA WYSTAWIENIA 22/12/2025	TYP SYSTEMU RUBIC MINI	UMOWA GUM2025UZ0795

Informacje o obiekcie
1. Zleceniodawca: Gdański Uniwersytet Medyczny 2. Nazwa obiektu: Zakład Mikrobiologii 3. Adres obiektu: ul. Dębowa 25, Gdańsk 4. Osoba do kontaktu na obiekcie: Tomasz Hajgiel

Informacje o systemie
1. Ilość jednostek sterujących: 1 2. Ilość zainstalowanych opraw: 273 szt. 3. Nr urządzenia: 00-10-1D23-0001

Wykonane czynności
☐ Test komunikacji opraw ☐ Test sprawności akumulatorów ☐ Pomiar rezystancji wewnętrznej i napięcia ☐ Kontrola sprawności magistrali centrali monitorującej ☒ Wizualna kontrola urządzeń elektronicznych ☐ Kontrola dokumentacji powykonawczej ☒ Adresowanie opraw ☒ Dodawanie opraw do systemu ☒ Wymiana akumulatorów ☐ Wymiana elementów elektronicznych ☐ Pomiar natężenia oświetlenia

Przygotowanie obiektu przed rozpoczęciem prac	
Obiekt Przygotowany* TAK/NIE	Uwagi: BRAK

* Niepotrzebne skreślić

Uwagi

Serwis przeprowadził naprawę oświetlenia awaryjnego w zakładzie Mikrobiologii mieszczącym się przy ulicy Dębowej 25 w Gdańsku.

Serwis podczas naprawy wymienił akumulatory w oprawach:

Karta 1 – 62, 63, 75, 106, 114, 118, 130, 153

Karta 2 – 12, 13, 14, 95, 99, 109, 118, 123, 125

Na obiekcie zamieniono numerami oprawę 01.074 z oprawą 01.105

Zmiana ta została zastosowana, aby zachować zgodność projektową.

Oprawa 01.105 jest teraz nową oprawą zainstalowaną nad hydrantem.

W oprawach 01.074, 01.082, 02.093, 02.110 wymieniono elektronikę, zaprogramowano i ponownie dodano do systemu.

W oprawach migających nieprzerwanie wymieniono elektronikę oraz akumulatory 01.142, 01.130, 01.139, 02.128, 02.111, 02.094, 02.123.

Oprawy powróciły do prawidłowego stanu pracy.

Urządzenia pomiarowe



HIOKI BT3554-01



SONEL LXP - 10

Zalecenia

Potwierdzenie odbioru wykonywanych prac

Protokół jest podstawą do wystawienia faktury VAT przez firmę Electro-Tensione Sp. z o.o.

Nr uprawnień SEP Wykonawcy: xxxx. Dane są potwierdzane czytelnym podpisem klienta.

Klient potwierdza poprawne wykonanie usługi.

Czytelny podpis zleceniodawcy lub osoby odbierającej pracę

Imię _____

Nazwisko _____

Electro-Tensione Sp. z o.o.
office@electro-tensione.eu
tel: 760 788 009



* Niepotrzebne skreślić

Strona 2/2