

RODZAJ ZLECENIA* PŁATNE / GWARANCYJNE	RAPORT SERWISOWY	NUMER RAPORTU 66/11/2025/ET
DATA WYSTAWIENIA 23/11/2025	TYP SYSTEMU Oprawy AT	UMOWA GUM2025UZ0795

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

Informacje o systemie
1. Ilość jednostek sterujących: nie dotyczy 2. Ilość zainstalowanych opraw: 63 szt. 3. Nr urządzenia: nie dotyczy

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 wykonał przegląd oświetlenia awaryjnego zainstalowanego na budynku Symulacji Medycznych.

Podczas przeglądu wykonano test sprawności opraw i akumulatorów przy czasie podtrzymania 60 min.

Testu nie przeszły oprawy 10 i 25, w których stwierdzono urządzenie elektroniki.

Serwis rekomenduje wymianę całych opraw na oprawy tego samego typu lub w przypadku braku dostępności, na oprawy o nie gorszych parametrach

Załączniki do raportu:

Załącznik nr 1 - Wykaz opraw

Załącznik nr 2 - Protokół pomiaru natężenia oświetlenia awaryjnego

Urządzenia pomiarowe

☐

HIOKI BT3554-01

☒

SONEL LXP - 10

Zalecenia

Naprawa w/w usterek

Potwierdzenie odbioru wykonywanych prac

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

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

Klient potwierdza poprawne wykonanie usługi.

Czytelny podpis zlecniodawcy lub osoby odbierającej
pracę

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

Imię _____

Nazwisko _____



* Niepotrzebne skreślić

Strona 2/2