



**Dokumentasjon på gjennomført praksis i forbindelse**

**med kurs for nye funksjonstestere**

Sprøyter som er testet:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Navn på eier/bruker av sprøyta** | **Dato** | **Sprøytas fabrikat/sprøytetype** | **Serienummer** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |

Dato/sted:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signatur godkjent funksjonstester Signatur funksjonstester under opplæring

Dokumentasjonen sendes på e-post til testprotokoll@mattilsynet.no