

## Antrag auf Werkstattbesichtigung

Vollständiger Firmenname Antragsteller, einschließlich Gesellschaftsform

Straße (Anschrift, keine Postfachnummer) Haus-Nr.

PLZ Ort

**Anschrift der Werkstatträume:**  **Werkstattwagen**

Straße Haus-Nr.

PLZ Ort Telefon

**Verantwortliche Fachkraft:**

Vorname Name E-Mail

Telefon Mobil

**Verantwortliche Fachkraft:**

Vorname Name E-Mail

Telefon Mobil

### 1. Bei der Besichtigung vorhandene Werkzeuge, Arbeitsmittel und Prüfgeräte:

Mindestausstattung		Empfohlen	
Allgemein:		Allgemein:	
<input type="checkbox"/>	Werkbank mit Schraubstock	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Geeignetes Werkzeug für die Herstellung von Rohrverbindungen	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Dichtungsmaterial (DVGW-zugelassen)	<input type="checkbox"/>	
Wasser:		Wasser:	
<input type="checkbox"/>	Ggfs. für TW zugelassenes Gewinde-Schneideöl (DVGW-zugelassen)	<input type="checkbox"/>	Prüfeinrichtungen für TW (Prüfpumpe, ölfreier Kompressor, Prüfeinheit für inertes Gas)
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Entkalkungsgerät für Durchlauferhitzer

### 2. Folgende Vorschriften und Richtlinien wurden nachgewiesen:

Mindestausstattung		Empfohlen	
Wasser:		Wasser:	
<input type="checkbox"/>	AVBWasserV*	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	DIN EN 806	<input type="checkbox"/>	DVGW W 553 Zirkulationsleitungen
<input type="checkbox"/>	DIN EN 1717	<input type="checkbox"/>	DVGW W 551 Legionellen
<input type="checkbox"/>	DIN 1988 (TRWI)	<input type="checkbox"/>	Kommentar zur DIN 1988 (TRWI)
<input type="checkbox"/>	Trinkwasserverordnung (TrinkwV)*	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	VOB DIN 18381 (Sanitäre Anlagen)	<input type="checkbox"/>	Kommentar zur DIN VOB 18381

Die Eintragung in das Installateurverzeichnis kann

- umgehend ohne Bedenken vorgenommen werden.
- erst erfolgen, wenn die fehlenden Gegenstände vorhanden sind.
- erst nach erneuter Werkstatt-Besichtigung erfolgen.

**Bemerkungen:**

---

---

---

---

---

---

---

**Besichtigung bestätigt:**

---

Ort Datum  
Prüfendes Unternehmen/WVU:

---

Name WVU Vorname, Name Beauftragter/Prüfer Unterschrift

Geprüftes Unternehmen/VIU:

---

Name Firma (VIU) Vorname Name (verantwortliche Fachkraft) Unterschrift