400 =	03 BE	STÄ	TIGUN	Gzur U	mrüstung auf die	Bestrahlung	sstärke Eer	0.3W/q	m	
390	Es wird hiermit erklärt, dass das nachfolgend angegebene Solarium durch Austausch der Allteile gegen die angegebenen originalen oder äquivalenten optisch wirksamen Bauteile wie UV-Lampen, UV-Strahlern, Filterscheiben, Vorschaltgeräte, EPROM sowie den gegebenenfalls notwendigen Reduzierungen der Vorschaltleistungen (Softwareänderungen durch Menüeinstellung, VSG um/abklemmen usw.), den Europäischen Regulationen sowie der erythemalen Bestrahlungsstärke von 0,3W/qm entspricht. Als Grundlage dieser Erklärung gilt der Auslieferungszustand des Solariums als Neugerät. Bei dem Einsatz von nicht originalen optisch wirksamen Bauteilen, ist zum Nachweis, eine gültige Äquivalenzbestätigung dieser Erklärung beziehungsweise dem "Geräte- und Betriebsbuch" beizulegen.									
	Hersteller d	es Belio	chtungsgerät	es:	UWE LIGHT GmbH - Buchstraße 82 - 73510 Schwäbisch Gmünd					
<u>=</u> 380	Bezeichnung Belichtungsgerät:				UV-Kit ID-871: uwe iSun CPS 180/100					
=	Zusatzinfo zum Gerät:									
_	Geräte-Nr. Belichtungsgerät. Artikel-Nr./Bestell-Nr.:				Butter-ID: 871					
<u>=</u> 370				n Tätigkeite	uv-Variante: <mark>DUO</mark> n der Umrüstung, beauftragen Sie eine autorisierte Fachkraft.					
					lichen Ausbildung, Kenr iten beurteilen und mög				er einschlägigen	
5 376	OPTISCH '	<u>WIRKS</u>	AME BAUTE	ILE				Durchgeführte Maßnahm (bitte ankreuzen / eintrag		
	der Markenbe dass unter Be	ıng NEW TECHN tigung der Fertiq	OLOGY (NT), gungstoleran	lenten optisch wirk rten "Äquivalenz B sche Werte zu den sind hier maßgebe	estätigung", originalen	al		eij		
	Anz. ArtNr.				ArtBezeichnung			äquivalent original	ausgeführt Leistungsstu (z.B. "2" ode 300W o. Ökomodus)	
	OT/ST (lang)	20	208344	Perfect Lex 8	300 X-PRESS 0.3 "inside red/blue	e" 120/80 180WR 2m		X		
	OT/ST (kurz)	36	208300	Max Warp 8	00 X-TEND 0.3 25W			X		
	UT (lang)	18	208340	Perfect Lex 8	800 X-PRESS 0.3 "inside red/blue	e" 93/83 100WR		x 🗌		
	Zusätzlich auszuführende Ar									
	Senden Sie ein	ALLONS	ar unterschriebe	en (Fachkraff	und Betreiber) an Fax: +49 (	(0)5931 -983098, Si	e erhalten darav	fhin die Kont	formitätserklärung,	
					tepass! Die Fachkraft bestäti , sowie die auszuführenden .					
	Firma der Fachkraft				Firma Betreiber					
	Straße/Nr.					Straße/Nr.				
	Plz./Ort  E-Mail Adresse	(Pflichtf	eld)			Plz./Ort Kunden-Nr.				
<u> </u>	Vor-/Name de	7-80 20-00-0			E-Mail Adresse (Pflichtfeld)  Ansprechpartner Betreiber					
<u> </u>	Datum/Unterschrift der Fachkraft				Datum/Unterschrift Betreiber/in					
= 224		HT GMBI	l Industriestraße	24-26 49716			addition of the same of the sa			
<u>=</u>	Germany Phon	ie: +49 (0	0)5931 9830-0 Fo 10logy.de / www	ax: +49 (0)59.	31 9830-97		DEKRA	CU CONFORM Trichworkings	NEW LEGINOLOGY	