| 4<br>=            | 00 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               | Imrüstung auf di                                                                  |                                               |  |            |                                                          |  |
|-------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--|------------|----------------------------------------------------------|--|
| =<br>=<br>=<br>3' | 90 | 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 des Belichtungsgerätes: Bezeichnung Belichtungsgerät:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               | KBL AG / Ringstraße 24-26 / 56307 Dernbach UV-Kit ID-1460: KBL megaSun 4500 Super |                                               |  |            |                                                          |  |
| <u>=</u> 3        | 80 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |                                                                                   |                                               |  |            |                                                          |  |
| =                 |    | Zusatzinfo zum Gerät:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               | BlueLine (BlueQ) Umrüstung (Strahlungsnorm Typ 3 und 4)                           |                                               |  |            |                                                          |  |
|                   | 70 | Geräte-Nr. E<br>Artikel-Nr./B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |                                                                                   | Butler-ID: <b>1460</b><br>UV-Variante: OxyTan |  |            |                                                          |  |
| <u> </u>          | /V | Für die am Gerät auszuführenden Tätigkeiten der Umrüstung, beauftragen Sie eine autorisierte Fachkraft.  (Als Fachkraft gilt, wer aufgrund seiner fachlichen Ausbildung, Kenntnisse und Erfahrungen sowie Kenntnis der einschlägigen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |                                                                                   |                                               |  |            |                                                          |  |
| =                 |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               | ilichen Ausbildung, Ke<br>iten beurteilen und mö                                  |                                               |  |            | der einschlagigen                                        |  |
|                   |    | Der Hersteller bzw. Erstinverkehrbringer der nachfolgend aufgeführten äquivalenten optisch wirksamen Bauteile der Markenbezeichnung NEW TECHNOLOGY (NT), bestätigt mit einer gesonderten 'Äquivalenz Bestätigung', dass unter Berücksichtigung der Fertigungstoleranzen, erythemwirksam identische Werte zu den originalen IIV-Lampen sowie IIV-Stahler des Solariums aufweisen. (Die Artikelnummen sind hier maßgebend).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |                                                                                   |                                               |  |            | (bitte ankreuzen / eintragen)                            |  |
|                   |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Anz.       | ArtNr.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               | ArtBeze                                                                           | ichnung                                       |  | äqui       | ausgefül<br>Leistung<br>(z.B. "2" c<br>300W o.<br>Ökomoc |  |
|                   |    | OT/ST (lang)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 24         | 205410                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Röhre NT- C   | OxyTan 100W                                                                       |                                               |  | X          |                                                          |  |
|                   |    | UT (lang)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 16         | 205410                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Röhre NT- C   | OxyTan 100W                                                                       |                                               |  | x          |                                                          |  |
|                   |    | GB-1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 3          | 100670                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | OxyTan 400    | -500W R7S by new technology                                                       |                                               |  | X          |                                                          |  |
|                   |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |                                                                                   |                                               |  |            |                                                          |  |
|                   |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |                                                                                   |                                               |  |            |                                                          |  |
|                   |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |                                                                                   |                                               |  |            |                                                          |  |
|                   |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |                                                                                   |                                               |  |            |                                                          |  |
|                   |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |                                                                                   |                                               |  |            |                                                          |  |
|                   |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |                                                                                   |                                               |  |            |                                                          |  |
|                   |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |                                                                                   |                                               |  |            |                                                          |  |
|                   |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |                                                                                   |                                               |  |            |                                                          |  |
|                   |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |                                                                                   |                                               |  |            |                                                          |  |
|                   |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |                                                                                   |                                               |  |            |                                                          |  |
|                   |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |                                                                                   |                                               |  |            |                                                          |  |
|                   |    | Zusätzlich<br>auszuführende Arl<br>am Belichtungsge                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |                                                                                   |                                               |  |            |                                                          |  |
| =                 |    | Senden Sie ein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Exemple    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |                                                                                   |                                               |  |            |                                                          |  |
| =<br>= 7          |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Jteile ord | nplar unterschrieben (Fachkraft und Betreiber) an Fax: +49 (0)5931 -983098, Sie erhalten daraufhin die Konformitätser<br>nd Betriebsbuch bzw. den Gerätepass! Die Fachkraft bestätigt mit seiner Unterschrift, dass die angegebenen optisch<br>ordnungsgemäß ausgetauscht, sowie die auszuführenden Arbeiten ordnungsgemäß durchgeführt wurden. |               |                                                                                   |                                               |  |            |                                                          |  |
| =                 | IV | Straße/Nr.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ikidii     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |                                                                                   | Straße/Nr.                                    |  |            |                                                          |  |
|                   |    | Plz./Orf                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |                                                                                   | Plz./Ort                                      |  |            |                                                          |  |
| _                 | 80 | E-Mail Adresse (Pflichtfeld)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               | Kunden-Nr.<br>E-Mail Adresse (Pflichtfeld)                                        |                                               |  |            |                                                          |  |
|                   |    | Vor-/Name der Fachkraft  Datum/Unterschrift der                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               | Ansprechpartner Betreiber  Datum/Unterschrift                                     |                                               |  |            |                                                          |  |
|                   |    | Fachkraft                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ar der     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |                                                                                   | Betreiber/in                                  |  |            |                                                          |  |
| <u>=</u> 2        | 70 | Germany Phon                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ie: +49 (C | l Industriestraße<br>1)5931 9830-0 Fo<br>10logy.de / www                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ax: +49 (0)59 | 31 9830-97                                                                        |                                               |  | O CONCERNO | NEW LES WWO (05 A)                                       |  |