

Nom de la tâche : _____
 Adresse : _____
 Ville : _____ Rue : _____ Code postal : _____
 Personne-ressource : _____ No de tél. de la pers. res. : _____
 Courriel : _____

N° de WH Regent sur le chantier : _____ Rénovation Nouvelle constr.

Appareil ___ de ___	No modèle :	Numéro de série :
<input type="checkbox"/> Installation autonome <input type="checkbox"/> ou installation à plusieurs unités		

Veillez donner une brève description du chantier. Indiquez les numéros du modèle ou de série si l'équipement ne figure pas dans ce projet :

Cochez tous les éléments ci-dessous AVANT de demander la mise en service.

Indiquez toutes les exigences en matière de santé et de sécurité pour le chantier :

<input type="checkbox"/> Les dégagements pour l'entretien sont fournis. (Se référer au manuel d'installation et d'utilisation)	Droite <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Avant <input type="checkbox"/> Arrière <input type="checkbox"/> Dessus <input type="checkbox"/>
Installation extérieure? <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N	Trousse extérieure installée? <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N
<input type="checkbox"/> Vérifier que le chauffe-eau est plein d'eau avant de mettre l'alimentation principale SOUS TENSION.	Boucle de recirculation du bâtiment ? <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N Débit de la boucle de recirculation du bâtiment _____ GPM
<input type="checkbox"/> Vérifier si la vanne de mise en service est raccordée au drain? Vérifier la tuyauterie équilibrée du système à retour inversé pour une installation à plusieurs unités?	<input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/> s.o. <input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> L'alimentation, les commandes et les capteurs sont tous installés et fonctionnels.	Bon fonctionnement du BMS? <input type="radio"/> O <input type="radio"/> s.o. <input type="radio"/> Alimentation VCA : _____
<input type="checkbox"/> Tuyauterie d'eau installée et alimentation disponible	Pression d'eau (30 PSI min.) _____ Système diam. tuyau d'eau (po) : _____
<input type="checkbox"/> L'air de combustion et la ventilation sont raccordés et fonctionnels <input type="checkbox"/> Neutralisation de la condensation installée	N° de pièce de la trousse d'analyse de l'eau : 100249265 <input type="checkbox"/> Échantillons d'eau prélevés et envoyés
<input type="checkbox"/> Régulateur installé <input type="checkbox"/> Min. 10 pi en amont de l'appareil	Type de gaz : NAT <input type="checkbox"/> PROPANE <input type="checkbox"/> Diam. du tuyau de gaz (po) : _____
<input type="checkbox"/> Gaz raccordé et alimentation disponible	Date de la demande : _____

AVERTISSEMENT!

La mise en service de l'appareil doit être effectuée uniquement par un technicien d'entretien ou un installateur spécialisé en équipement de chauffage. Consultez le manuel d'installation et d'utilisation. Faites inspecter/entretenir cet appareil par un technicien d'entretien qualifié au moins une fois par année. Le non-respect de cette directive peut causer d'importants dommages matériels, de graves blessures ou la mort.

RAPPORT DE DÉMARRAGE

TEMP. DE L'EAU @ 100% Modulation modé	Entrée :		VENTILATION	Air (Entrée) / Sortie d'évacuation	
	Sortie :			Diamètre :	
	Delta T :			Matériau :	
GAZ (pauces de c.e.)	Pression statique :		Long. équiv. totale :		
	Pression dynamique :		Signal de flamme		
GAZ : pression d'entrée à bas régime :		Feu bas : _____			
		Feu élevé : _____			
MISE EN SERVICE	Point de fonctionnement	Trim%	Configuration de ventilation –		
	Point 1		Sélectionner ci-dessous et indiquer la direction		
	Point 2		<input type="checkbox"/> Ventilation directe – Tuyau à 2 terminaisons		
	Point 3		Vertical <input type="radio"/> Horizontal <input type="radio"/>		
	Point 4		<input type="checkbox"/> Concentrique - Tuyau unique		
	Point 5		Vertical <input type="radio"/> Horizontal <input type="radio"/>		
	Point 6		<input type="checkbox"/> Air ambiant – Terminaison d'évacuation unique		
	Point 7		Vertical <input type="radio"/> Horizontal <input type="radio"/>		
	Point 8		<input type="checkbox"/> Évacuation verticale avec entrée d'air murale		
	Point 9		<input type="checkbox"/> Ventilation commune		
Point 0		Registre d'événement utilisé? <input type="radio"/> O <input type="radio"/> N <input type="radio"/>			
Unités en cascade					
Adresse :					
Vanne de cascade installée :					

REMARQUES

— Les informations de ce formulaire attestent exclusivement du bon fonctionnement du produit Lochinvar. —
 Ce formulaire n'implique pas la certification des autres composants du système ni du fonctionnement global de celui-ci. La vérification des composants et du système doit être effectuée par l'agent de mise en service désigné ou l'entrepreneur responsable de l'installation.

DÉMARRAGE EFFECTUÉ PAR : _____ **DATE DE DÉMARRAGE :** _____

Entreprise : _____

Nom : _____

Téléphone : _____

Envoyez le formulaire rempli à :

Courriel : startup@Lochinvar.com

Courrier : Service Dept/Lochinvar
 300 Maddox Simpson Pkwy
 Lebanon, TN 37090

OU

**ENREGISTREZ ET
 ENVOYEZ PAR
 COURRIEL**

Réservé à l'usage interne :

Date d'enreg. : _____

Technicien : _____