



ÁRLEGT ELDVARNAEFTIRLIT

GÁTLISTI

Stofnun eða fyrirtæki:

Stofnun/Fyrirtæki:	Sími:	Dags:	Ár:	Skoðunarmaður:
Ábyrgðarmaður fyrirtækis:		Sími:		1.
Umsjónarmaður eldvarna:		Sími:		2.

Árlegt eldvarnaeftirlit

	Já	Nei	Dags:	Þjónustuaðili/ tengiliður:
Er brunaviðvörðunarkerfi tengt og yfirfarið af viðurkenndum aðila?				
Hefur út- og neyðarlýsing verið prófuð?				
Hafa slökkvitæki og brunaslöngur verið yfirfarið af viðurkenndum aðila?				
Er vatnsúðakerfi virkt, tengt vaktaðila og prófað reglulega?				
Er reyklosunarbúnaður í lagi?				
Er til viðbragðs- og rýmingaráætlun?				
Eru haldnar viðbragðs- og rýmingaræfingar?				
Hefur starfsfólk fengið þjálfun í réttum viðbrögðum við eldsvoða?				
Er leiðbeiningar veggspjald slökkviliðs á áberandi stað?				
Er mánaðarlegt eigið eldvarnaeftirlit virkt?				
Er byggingin samkvæmt samþykktum teikningum?				

Tengiliður vegna úrbóta:

Sími:

Tengiliður vegna úrbóta:

Sími:

Tengiliður vegna úrbóta:

Sími: