|  |  |
| --- | --- |
| **Inspektør navn:**  | **Sertifikat nummer:** |

**Følgende tabell fylles ut for å verifisere minimum to (2) års inspeksjon av overflatebehandling i løpet av de siste fem (5) år. Ekstern kontaktinformasjon kreves.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datoer (fra-til)** | **Aktivitet av inspeksjon av overflatebehandling** | **Prosjekt** | **Prosjekt eier/firma** | **Kontakt detaljer til prosjekt (ekstern): navn, telefonnummer, og e-post** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 …………………………………………… ……………………………………………….

 Navn på person som signerer Dato, signatur

 på vegne av firma