

## FUNKTIONSBESTÄTIGUNG FÜR SCHIEBETÜREN ODER ELEKTRON. VERRIEGELUNGEN IN RETTUNGSWEGEN

BAUVORHABEN  
PROJEKTADRESSE

TB | Neubau Technikum Burghausen  
Markler Str. 45a, 84489 Burghausen

AUSFÜHRENDES  
UNTERNEHMEN

---



---

LEISTUNG/EN

*(nicht zutreffendes streichen, fehlendes ergänzen)*

- ☐ Automatische Schiebetüranlagen in Rettungswegen gem. MAutSchR
- ☐ Elektrische Verriegelungssysteme in Rettungswegen gem. EltVTR
- ☐ .....
- ☐ .....
- ☐ Erläuterungen (auf gesondertem Blatt)

EINBAUORT  
(Tür-Nr., Geschoss, Raum o.ä.)

---



---

DATUM DER PRÜFUNG

---

Für v. g. Leistung(en) geben wir folgende Erklärung.

**Hiermit wird bestätigt, dass** gemäß des gültigen Verwendbarkeitsnachweis sowie der Montagerichtlinien des Herstellers und entsprechend den vertraglichen Grundlagen, nach den zutreffenden und geltenden Regelwerken, Normen, Richtlinien, Rechtsnormen und Regeln der Baukunst, die beachtet und eingehalten wurden, **die oben genannte Leistung(en) geprüft wurde(n).**

**Die vollständige Wirksamkeit und Betriebssicherheit wird hiermit bestätigt.**

Die Sachkundigenabnahme(n) vom  
liegt/liegen bei

---

Ort, Datum

Firmenstempel

Unterschrift gesetzlicher Vertreter

Unterschrift Fachbauleiter

- ☐ **zutreffendes Ankreuzen**