

## EK-3: ASANSÖR PERİYODİK KONTROL RAPORU

A TİPİ MUAYENE KURULUŞUNUN ADI VE ADRESİ

A TİPİ MUAYENE KURULUŞUNUN LOGOSU

İLGİLİ İDARENİN ADI

ASANSÖR KİMLİK NUMARASI

RAPOR NO / RAPOR REVİZYON NO

PERİYODİK KONTROL TARİHİ

..... tarihli ve ..... sayılı Resmi Gazete'de yayınlanmış olan Asansör İşletme, Bakım ve Periyodik Kontrol Yönetmeliğine'nin ..... maddesi gereği imzalanan protokol kapsamında aşağıda bilgileri bulunan asansörün periyodik kontrolü.....adına.....tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu rapor üç nüsha olarak düzenlenmiş olup, sadece kontrolü yapılan asansör için geçerlidir.

## ASANSÖRE İLİŞKİN BİLGİLER

RUHSAT / TESCİL BELGESİ :  VAR  YOK RUHSAT / TESCİL TARİHİ : \_\_\_\_\_

RUHSAT NO / TESCİL NO : \_\_\_\_\_ ADA / PARSEL NO : \_\_\_\_\_

CE İŞARETİ / TSE İŞARETİ :  VAR  YOK STANDARD/STANDARDLAR : \_\_\_\_\_

ASANSÖR CİNSİ :  İNSAN  YÜK ASANSÖR TİPİ :  HİDROLİK  ELEKTRİKLİ

MONTAJ YILI : \_\_\_\_\_ SEYİR MESAFESİ : \_\_\_\_\_

ASANSÖR SERİ NO : \_\_\_\_\_ MAK. MOT. SERİ NO : \_\_\_\_\_

BEYAN YÜKÜ (kg) : \_\_\_\_\_ kg  KİŞİ KAT VE DURAK SAYISI : \_\_\_\_\_

BEYAN HIZI (m/sn) :  0,5  0,63  1  1,6  2  2,5  DİĞER

ADRES : \_\_\_\_\_

## BİNA SORUMLUSUNA İLİŞKİN BİLGİLER

ADI VE SOYADI : \_\_\_\_\_

ADRESİ : \_\_\_\_\_

TELEFON NO : \_\_\_\_\_ E-POSTA ADRESİ : \_\_\_\_\_

## BAKIM FİRMASINA İLİŞKİN BİLGİLER

FİRMA ÜNVANI : \_\_\_\_\_

ADRES : \_\_\_\_\_

TELEFON VE FAKS NO : \_\_\_\_\_ E-POSTA : \_\_\_\_\_

FİRMA PERSONELİ : \_\_\_\_\_ GÖREVİ : \_\_\_\_\_

## BAKIM FİRMASI VE BAKIMLA İLGİLİ BELGELER

TSE HYB :  VAR  YOK TSE HYB BELGE NUMARAS : \_\_\_\_\_

BAKIM SÖZLEŞMESİ :  VAR  YOK SÖZLEŞME TARİHİ VE SÜRESİ : \_\_\_\_\_

## PERİYODİK KONTROL SONUCUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

## PERİYODİK KONTROL SONUCUNUN TANIMI

## DÜZELTME SÜRESİ

UYGUN

YOK

HAFİF KUSURLU

12 AY / (48 AY)\*

KUSURLU

60 GÜN

GÜVENSİZ

30 GÜN

\*KISALTMA: (Mevcut asansörde tespit edilen uygunsuzluk için düzeltme süresi)

## ASANSÖRDE TESPİT EDİLEN UYGUNSUZLUKLAR

1		7	
2		8	
3		9	
4		10	
5		11	
6		.....	

## AÇIKLAMALAR

\_\_\_\_\_

RAPOR ONAY TARİHİ

MUAYENE ELEMANI

TEKNİK YÖNETİCİ

ADI/SOYADI/UNVANI

İMZASI

A TİPİ MUAYENE KURULUŞUNA AİT İLETİŞİM BİLGİLERİ: Telefon Numarası, Faks Numarası ve E-posta adresi