

Formblatt Durchführung

Name und Anschrift des Eigentümers/Verwalters	Bezirksnummer laut Feuerstätten-/Lüftungsanlagenbescheid:
	Datum des Feuerstätten-/Lüftungsanlagenbescheids:
	Objektnummer laut Feuerstätten-/Lüftungsanlagenbescheid:
Bevollmächtigte(r) Bezirksschornsteinfeger(in)	Liegenschaft:

Formblatt zum Nachweis der Durchführung von Lüftungsanlagenüberprüfungen
(§ 1 Absatz 1 BbgKÜO)

Folgende Anlagen sind nach der Brandenburgischen Kehr- und Überprüfungsverordnung (BbgKÜO) jeweils an dem angegebenen Datum überprüft worden:

Laut Feuerstätten-/Lüftungsanlagenbescheid				
Nr.	Anlage (Art/Standort oder Verweis auf Anhang)	Datum der Arbeits- ausführung	Mängel vorhanden ja/nein	Änderungsmitteilung/ Bemerkung (gegebenenfalls Verweis auf Anhang)

Anschrift und Reg.-Nummer des Schornsteinfegerbetriebes; bei fehlender Registrierung Handwerkskammer, bei der der Betrieb in die Handwerksrolle eingetragen ist bzw. bei der die Anzeige nach § 9 EU/EWR-Handwerk-Verordnung erstattet wurde Ausführender Schornsteinfeger (in Druckbuchstaben): _____ Vorname Name	Die Schornsteinfegerarbeiten sind entsprechend dem Feuerstätten- bzw. Lüftungsanlagenbescheid ordnungsgemäß durchgeführt worden. _____ Datum Unterschrift des ausführenden Schornsteinfegers Bestätigung der Ausführung dieser Schornsteinfegerarbeiten _____ Datum Unterschrift des Eigentümers/Verwalters
---	--