

# ZERTIFIKAT

## über die Verwendung von Allergiker geeigneten Innenputzen



Bauherr: .....

Objektanschrift: .....

### Systemkomponenten:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> akurit KIP Kalkputz   | <input type="checkbox"/> akurit KSN Kalkspachtel Natur                  |
| <input type="checkbox"/> akurit KIP-it. Kalkputz    | <input type="checkbox"/> akurit KGL Kalk-Glätte (TÜV Nord)              |
| <input type="checkbox"/> akurit KIP naturweiß Kalkputz   | <input type="checkbox"/> akurit KGN Kalkglätte Natur                   |
| <input type="checkbox"/> akurit KIP-L Kalk-Leichtputz naturweiß   | <input type="checkbox"/> akurit SanaSil Raum Aktiv Innensilikatfarbe  |
| <input type="checkbox"/> akurit KFP filz Kalk-Feinputz    | <input type="checkbox"/> akurit UNI-FS Universal-Faserspachtelputz    |
| <input type="checkbox"/> akurit FP Filzputz   | <input type="checkbox"/> akurit GMP-L Gips-Leichtputz                 |

### Betreffende Innenräume:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Wohnzimmer    | <input type="checkbox"/> Küche          |
| <input type="checkbox"/> Esszimmer     | <input type="checkbox"/> Badezimmer     |
| <input type="checkbox"/> Schlafzimmer  | <input type="checkbox"/> Hausflur       |
| <input type="checkbox"/> Kinderzimmer  | <input type="checkbox"/> Sonstige Räume |
| <input type="checkbox"/> Arbeitszimmer | .....                                   |



Hiermit bestätigen wir, dass die oben aufgeführten akurit Systemkomponenten im genannten Objekt und den betreffenden Innenräumen verarbeitet wurden.

Ort/Datum

Unterschrift