

# Autoclaver.

## Formulaire d'évaluation

Afin de pouvoir vous offrir l'appareil optimal selon vos besoins, pourriez-vous prendre quelques instants et répondre aux questions ci-après.

Entreprise: ..... Personne responsable: .....  
Département/Salle: ..... E-Mail: .....  
Adresse: ..... Téléphone: .....  
CP/Lieu: .....

### Secteur d'utilisation

.....

### Type d'appareil

horizontal  vertical

### Que voulez vous autoclaver?

Déchets  En sachets  Déchets liquides  Déchets hautement infectueux  
 Liquides en  Corps creux  Instruments  Applications spéciales: .....  
bouteilles

### Données spéciales

Dispositif de vide  Filtration de l'évacuation de l'air  Fonction de refroidissement rapide  
 Bio Safety Level: .....  
 Temp. de service (°C): .....  Temp. de stérilisation (°C):.....  
 Applications spéciales: .....

### Température ambiante

Température max. (°C): ..... Température min. (°C): .....

### Dimensions de l'appareil

Espace maximum (mm): Largeur ..... Hauteur ..... Profondeur .....  
Dim. intérieur (mm): Largeur ..... Hauteur ..... Profondeur .....  
Besoin en volume (L): .....

### Remarques

.....

Date et signature: .....