

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:

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: