

# Kühlen/Gefrieren.

## Evaluationsformular

Damit wir Ihnen das optimal auf den Endanwender abgestimmte Gerät anbieten können, bitten wir Sie, sich kurz Zeit zu nehmen und die Fragen zu beantworten.

Firma: ..... Ansprechperson: .....  
Abteilung/Raum: ..... E-Mail: .....  
Adresse: ..... Telefon: .....  
PLZ/Ort: .....

### Anwendungsbereich/Einsatzzweck

.....

### Geräteart

freistehendes Gerät  Untertischgerät

### Temperaturbereich

+4°C  Umluft  
 -20°C  Truhe  Schrank  autom. Abtauung  
 -40°C  Truhe  Schrank  
 Selbst def. Temp.: .....

### Spezielle Angaben

Medikamentenlagerung (DIN NORM 58345)  Alarmsystem  Brennbare Flüssigkeit  
 Temperaturlaufzeichnung (Rohrdurchführung für externes System)

### Spezielle Materialanforderung

.....

### Abmessungen des Gerätes

Max. Grösse (mm): Breite ..... Höhe ..... Tiefe .....  
Min. Innenraum (mm): Breite ..... Höhe ..... Tiefe .....  
Min. Volumen (L): .....

### Bemerkungen

.....

Datum & Unterschrift: .....