

# Réfrigérer.

## 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

Appareil libre  Appareil sous table

#### Plage de température

<input type="checkbox"/> +4°C	<input type="checkbox"/> Circulation d'air
<input type="checkbox"/> -20 °C	<input type="checkbox"/> Décongélation automatique
<input type="checkbox"/> -40 °C	<input type="checkbox"/> Armoire
<input type="checkbox"/> Coffre	<input type="checkbox"/> Armoire
<input type="checkbox"/> Température définie: .....	

#### Données spéciales

Stockage des médicaments (DIN NORM 58345)  Système d'alarme  Liquide inflammable  
 Enregistrement de la température (Passage tubulaire pour système externe)

#### Exigences spéciales concernant l'appareil

#### Dimensions de l'appareil

Espace maximum (mm): Largeur ..... Hauteur ..... Profondeur .....

Dim. intérieur (mm): Largeur ..... Hauteur ..... Profondeur .....

Besoin en volume (L): .....

#### Remarques

Date et signature: .....