

Trocknen/Brüten/ Klimatisieren.

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

.....

Was für ein Gerätetyp wird benötigt?

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Trockenschrank/Wärmeschrank | <input type="checkbox"/> CO ₂ -Inkubator/CO ₂ -Brutschrank | <input type="checkbox"/> Klimaschrank |
| <input type="checkbox"/> Inkubator/Brutschrank | <input type="checkbox"/> Vakuumtrockenschrank | <input type="checkbox"/> Wasserbad |
| <input type="checkbox"/> Ölbad | <input type="checkbox"/> Muffelofen | |

Arbeitstemperatur

Max. Temperatur (°C): Min. Temperatur (°C):

Umgebungstemperatur

Max. Temperatur (°C): Min. Temperatur (°C):

Abmessungen des Gerätes

Max. Grösse (mm): Breite Höhe Tiefe

Min. Innenraum (mm): Breite Höhe Tiefe

Min. Volumen (L):
.....

Bemerkungen

.....

Datum & Unterschrift: