

FORM RICHIESTA TEST



Data:

Responsabile Cliente

Nome:
Mail:
Telefono:

Società
Indirizzo
Nazione

Obiettivo del test:

Materiale - Qualità: (se è necessario eseguire operazioni prima del test)

SI NO

Materiale:

Tipo di Test:

Specifiche:

Portata: (Kg/ora):
Spessore (micron):
Pezatura (mm):
Densità (kg/mt cu.):
Dimensione particelle: (mm)
Larghezza rifilo:

Caratteristiche speciali

SI NO
Statico:
Colloso:
Abrasivo:

Dati specifici

Velocità (m/min.)
Quantità: (kg/hr)

I campioni dopo il test devono essere restituiti? Indicare qui l'indirizzo di destinazione

Nome:
Indirizzo:
Codice Postale
Persona di rif.to:

Campione materiale

Aspettative del Cliente per il risultato del test