

I DATI PERSONALI SONO TRATTATI NELL'AMBITO DELLA NORMALE ATTIVITA' COMMERCIALE SVOLTA DALLA B.A.G.G.I. SRL COME DA LEGGE 675/96 PER L'INVIO DI DOCUMENTAZIONE E/O QUOTAZIONI. SE NON DESIDERATE RICEVERE AGGIORNAMENTI TECNICO-ECONOMICI IN FUTURO, PER FAVORE BARRATE LA SEGUENTE CASELLA:

**CAMPO DI MISURA**

Min. Oper. Max Unità Mis.

Temperatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Ns. riferimento (job): \_\_\_\_\_

Contatto: \_\_\_\_\_

**CONDIZIONI OPERATIVE**

Min. Oper. Max Unità Mis.

Densità: \_\_\_\_\_

Pressione: \_\_\_\_\_

Umidità \_\_\_\_\_

Velocità/Portata: \_\_\_\_\_

Viscosità: \_\_\_\_\_

Vibrazioni:

 Si Poche Nessuna**DATI AZIENDALI\***

Società: \_\_\_\_\_

Nominativo: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Cap: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E\_mail: \_\_\_\_\_

(In alternativa allegare un biglietto da visita)

**TIPO DI FLUIDO O SOSTANZA DA MISURARE** Gas Liquido Solido Vapore

Nome: \_\_\_\_\_ eventuale formula: \_\_\_\_\_

Superficie (se solido):  opaca  lucida/riflettente  altro \_\_\_\_\_

Principio di misura preferibile: \_\_\_\_\_

**DESCRIZIONE AMBIENTE DI MISURA (Allegare eventuale disegno schematico o descrizione dell'applicazione)**Descrizione dell'atmosfera circostante:  fumi  polveri altro: \_\_\_\_\_

Dimensione del punto o dell'area richiesta di misura: \_\_\_\_\_

Distanza ammissibile tra sonda ed oggetto: min. \_\_\_\_\_ max \_\_\_\_\_ unità di mis. \_\_\_\_\_

Materiale e dimensioni di eventuali finestre o porte tra la sonda e il materiale: \_\_\_\_\_

**CARATTERISTICHE E PRESTAZIONI DEL MISURATORE / TRASDUTTORE**Esecuzione:  Portatile  StazionariaSistema:  In linea  Ad inserzione  Non a contatto (infrarosso / pirometro)Custodia:  IP30<sup>Nema2</sup>  IP40<sup>barra DIN</sup>  IP54  IP65 altro: \_\_\_\_\_Alimentazione:  Batteria  220 Vac  110 Vac  24 Vdc altro: \_\_\_\_\_Precisione (in %): \_\_\_\_\_ rispetto:  alla misura  al fondo scala Tempo di risposta: \_\_\_\_\_Uscita:  Digitale  Analogica altro: \_\_\_\_\_Attacco al processo:  Flangiato  Wafer  Filettato  Raccordo a compressione altro: \_\_\_\_\_**CERTIFICAZIONI RICHIESTE**Strumento  SIT (rilasciato da ente certificato SIT)  Riconosciuto o equivalente SIT (NMI, DKD, altri) NIST  Costruttore (Baggi)  Conformità (Baggi)Compatibilità elettromagnetica:  CE  UL  CSA Note: \_\_\_\_\_Zona  Sicura  Zona 2  Zona 1  Zona 0  Zona 22  Zona 21  Zona 20 ATEX  CSA  FM altro: \_\_\_\_\_**NOTE COMMERCIALI**Cosa intende privilegiare:  Prestazioni dello strumento  Costo  Tempi di consegna

Costo desiderato\* \_\_\_\_\_ Costo massimo\* \_\_\_\_\_ Q.tà \_\_\_\_\_

Tempo di consegna\* \_\_\_\_\_ Tempo massimo\* \_\_\_\_\_

\* Per facilitare il lavoro dei nostri tecnici e per fornirvi una risposta veloce vi preghiamo di indicare i parametri di misura e i vostri dati nel modo più dettagliato possibile. I campi segnalati con l'asterisco sono obbligatori.

Grazie per la preferenza accordataci.