

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

Umidità: Min. Oper. Max Unità Mis.

Data: _____ Ns. riferimento (job): _____
Contatto: _____

CONDIZIONI OPERATIVE

Densità: Min. Oper. Max Unità Mis.
Pressione: _____
Temperatura: _____
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: _____
Principio di misura preferibile: _____

DESCRIZIONE AMBIENTE DI MISURA (Allegare eventuale disegno schematico o descrizione dell'applicazione)

Circolare: diametro interno: _____ diametro esterno: _____
Rettagonale (o altro): lato A: _____ lato B: _____ lunghezza: _____ altro: _____
Andamento condotta: Orizzontale Verticale Tratti rettilinei: a monte: _____ a valle: _____
Spessore parete: _____ Materiale parete: _____ Dimensioni di ingombro max richieste: _____
Materiale richiesto per le parti a contatto con il fluido: _____

CARATTERISTICHE E PRESTAZIONI DEL MISURATORE / TRASDUTTORE

Esecuzione: Portatile Stazionaria
Sistema: In linea Ad inserzione Non a contatto (infrarosso / pirometro)
Custodia: IP30^{Nema2} IP40^{barra DIN} 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.