

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

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

**CONDIZIONI OPERATIVE**

Min. Oper. Max Unità Mis.  
Densità: \_\_\_\_\_  
Temperatura: \_\_\_\_\_  
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: \_\_\_\_\_  
Principio di misura preferibile: \_\_\_\_\_

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

Circolare: diametro interno: \_\_\_\_\_ diametro esterno: \_\_\_\_\_  
Rettilineo (o altro): lato A: \_\_\_\_\_ lato B: \_\_\_\_\_ lunghezza: \_\_\_\_\_ altro: \_\_\_\_\_  
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<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.