

Questionnaire filtration

Date : _____

Contact	
Civilité : <input type="checkbox"/> Mr / <input type="checkbox"/> Mme	
Prénom :	Nom :
Téléphone :	Email :
Fonction :	

Raison sociale	
Société	
Adresse :	
Adresse (suite) :	
Code postal :	Ville :
Pays	

Filtre	
Marque filtre :	Référence filtre :
Décolmatage : <input type="checkbox"/> Air comprimé <input type="checkbox"/> Contre-courant <input type="checkbox"/> Secouage	
Type / géométrie : <input type="checkbox"/> Manche filtrante <input type="checkbox"/> Poche filtrante <input type="checkbox"/> Poche filtrante à canaux (nombre _____)	
Confection supérieure :	
Confection inférieure :	
Dimensions (mm) :	
Média filtrant :	
Quantité de manches :	
Surface (m ²) :	Débit (Nm ³ /h) :
Temp. de fonctionnement (°C) :	
Composition poussière :	
Remarque :	