

FORMULARIO DE ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE MUELLES



EMPRESA _____

PERSONA DE CONTACTO _____

DIRECCIÓN _____

LOCALIDAD _____ | CÓDIGO POSTAL _____ - _____

NIF _____ | CORREO ELECTRÓNICO _____

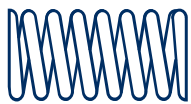
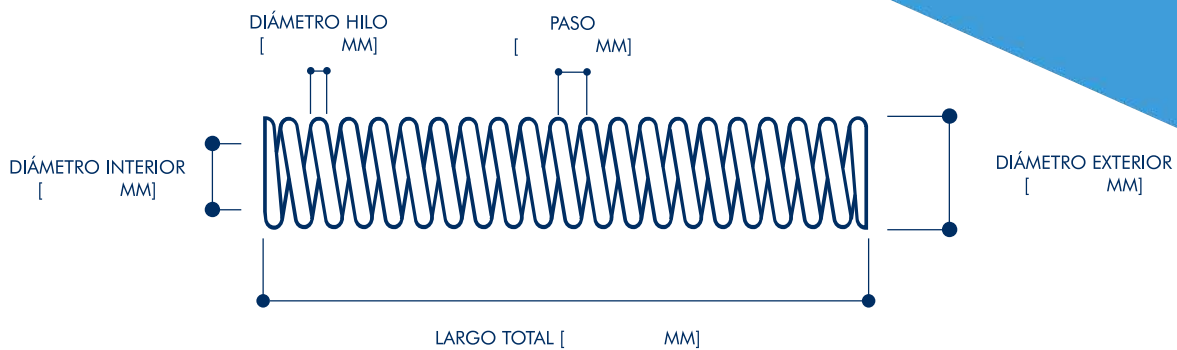
TELÉFONO/MÓVIL _____

MUELLE DE COMPRESIÓN

PEDIDO PRESUPUESTO FECHA / /

CANTIDAD _____ MATERIAL **ACERO MUELLE** [] **INOX** [] **OTROS** _____

ACABADO **SIN TRATAMIENTO** [] **ZINC** [] **PINTADO** []



[]
EXTREMOS RECTIFICADOS



[]
EXTREMOS SIN RECTIFICAR



[]
EXTREMOS ABIERTOS



[]
CÓNICO



[]
BICÓNICO

NÚMERO DE ESPIRALES [] DIRECCIÓN DE ENROLLADO DERECHA [] IZQUIERDA []

PRODUCTO FABRICADO ANTERIORMENTE. Indicar n.º de factura _____

APLICACIÓN _____

OBSERVACIONES _____