

# QUESTIONARIO INFORMATIVO SULLE SOFFIANTI

Per poter dimensionare e scegliere correttamente una soffiante è necessario conoscerne e valutarne l'uso che se ne vuole fare e l'ambiente in cui la soffiante deve operare. Vi chiediamo cortesemente di compilare il modulo qui riportato e di inviarcelo via mail o fax. Vi indicheremo il sistema più adatto a Voi. E-mail: oilservice@gmail.com - Fax: +39 030 2389681.

Azienda..... Indirizzo .....

C.A.P. / Città Paese..... Persona da contattare.....

Telefono ..... Fax ..... E-mail.....

## **1) In quale settore industriale deve essere impiegata la soffiante?**

- |                                      |   |  |  |
|--------------------------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Plastica    | <input type="checkbox"/> Imballaggio      | <input type="checkbox"/> Lavorazione del legno | <input type="checkbox"/> Cosmetica           |
| <input type="checkbox"/> CD/DVD      | <input type="checkbox"/> Vetro/Solare     | <input type="checkbox"/> Marmo/Lapideo         | <input type="checkbox"/> Automotive          |
| <input type="checkbox"/> Elettronica | <input type="checkbox"/> Arti grafiche    | <input type="checkbox"/> Medicale/Farmaceutico | <input type="checkbox"/> Ceramica/Porcellana |
| <input type="checkbox"/> Alimentare  | <input type="checkbox"/> Imbottigliamento | <input type="checkbox"/> Altri settori .....   |  |

## **2) A quale servizio deve essere destinata la soffiante?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asciugatura                     | <input type="checkbox"/> Ventilazione forzata                |
| <input type="checkbox"/> Pulizia di superfici o di parti | <input type="checkbox"/> Raffreddamento di superfici o parti |
| <input type="checkbox"/> Altro impiego .....             |  |

### **2.1) Se l'applicazione è l'asciugatura descrivete il prodotto che dovrà essere asciugato**

.....  
.....

### **2.2) Se l'applicazione è l'asciugatura descrivete il processo di asciugatura da realizzare**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asciugatura prima dell'etichettatura | <input type="checkbox"/> Asciugatura di superfici |
|---|---|
- Superficie da asciugare:  Liscia  Ruvida  Tessuta  Forata
- Altre caratteristiche della superficie da asciugare.....
- Per superfici piane (Piastrille, nastri etc.) indicare se si deve asciugare  Solo sopra  Sopra e sotto
- Materiale della superficie:  Metallo  Vetro  Altro.....
- Eventuale etichetta da applicare:  Autoadesiva  Incollata  Indicare la dimensione .....
- Dimensioni prodotto (mm):  Altezza .....  Larghezza .....  Profondità .....
- Peso Kg .....  Diametro.....  Altro .....

Come viene trasportato il prodotto:  Nastro trasportatore  Rulli  Altro .....

Se si usa un nastro trasportatore:  Altezza dal suolo .....  Larghezza .....  Velocità .....

Materiale che deve essere rimosso dal prodotto da asciugare:.....

Viscosità del materiale che deve essere rimosso dal prodotto da asciugare: .....

Temperatura di confezionamento .....  Temperatura dell'ambiente di funzionamento.....

Potete fornire un campione del prodotto per un test di asciugatura?  Sì  No

La soffiante può essere montata a tre metri o meno dal punto di asciugatura?  Sì  No

Nel funzionamento la soffiante potrà essere esposta a getti d'acqua?  Sì  No  Molta  Poca

Nel funzionamento la soffiante potrà essere esposta a polvere e sporcizia?  Sì  No  Molta  Poca

Indicare se nel funzionamento la soffiante potrà essere esposta ad altri agenti (Quali?):.....

**2.3) Cosa succede nel processo dopo il passaggio nel sistema di asciugatura?**

-----  
-----

**2.4) Quali sono i problemi attuali derivanti dall'asciugatura inadeguata?**

-----  
-----

**2.5) Descrivete il vostro sistema di asciugatura attuale**

-----  
-----

**2.5) Descrivete il sistema di asciugatura da voi richiesto**

-----  
-----

**3) In quale luogo viene ubicata la soffiante?**

In stabilimento  All'interno  All'esterno

In una unità mobile  All'interno  All'esterno

Altezza sul livello del mare del luogo dove viene installata la soffiante (metri).....

Temperatura dell'ambiente di lavoro: min °C ..... max °C ..... Umidità media % .....

**3) Ingombro massimo disponibile per il sistema da installare**

Altezza (mm) .....  Larghezza (mm).....  Profondità (mm).....

**4) Impiego della soffiante e relativi cicli di lavoro**

Lavoro giornaliero:  8 ore .....  16 ore .....  24 ore .....  Ore? .....

N° di cicli di lavoro/ora .....  Tempi d’intermittenza: ON/ s ..... OFF/s .....

**5) Se la conoscete indicate la portata richiesta per la soffiante richiesta**

m<sup>3</sup>/h .....  NI/min .....  cfm .....

**Indicate ogni altro commento e informazione utile**

-----  
-----

**6) Se l’applicazione è il vuoto indicate il grado di vuoto massimo richiesto per la soffiante**

mbar ass. ....  torr .....  mmHg .....  KPa .....  inch.Hg .....

**6.1) Se l’applicazione è il vuoto indicate che tipo di fluido è aspirato dalla soffiante nella creazione del vuoto**

Aria asciutta       Aria umida       Aria con acqua       Aria con vapori d’olio  
 Gas aggressivi .....  Aria con polveri abrasive       Temperatura del fluido °C .....

**6.2) Se l’applicazione è il vuoto indicate il tempo di mantenimento del vuoto**

All’arresto della soffiante, deve essere impedito il ritorno d’aria nell’impianto portato in vuoto?       Si       No

Il vuoto deve essere mantenuto per un certo tempo? (per sostenere, ad esempio, il carico sospeso con ventose, in caso di mancanza di corrente elettrica)  Si .....  No ..... Se si, per quanto tempo? s .....

**6.3) Serbatoi per vuoto**

Volume richiesto l .....  Volume consigliato l .....  Volume disponibile l .....

**7) Prospettive d’acquisto**

Richiesta singola .....  N° soffianti/anno.....  Consegna richiesta: .....

**8) In caso di sostituzione della soffiante**

Modello utilizzato finora: .....  Marca .....

Portata m3/h .....  Grado di vuoto mbar .....

**9) Alimentazione elettrica richiesta**

Monofase       Volt 230-50 Hz       Altra Volt ..... Hz .....

Trifase       Volt 230/400 – 50Hz       Viene richiesta l’applicazione di un inverter

**10) Contatto**

Desiderate essere richiamati?       Si       No

Siete interessati ad una visita?       Si       No       Se si, in quale data? .....