**Опросный лист для подбора станции центрального вакуума для медицинских систем МВ1 / МВ2**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Компания** | | |
| **Название компании:** |  | |
| **Сфера деятельности:** |  | |
| **Раб. тел:** |  | |
| **Моб. тел:** |  | |
| **Факс:** |  | |
| **Адрес:** |  | |
| **Эл. почта:** |  | |
| **Должность:** |  | |
| **Ф.И.О.:** |  | |
|  | | |
| **Цель запроса:** | Модернизация  Ремонт  Новое строительство  Проектирование | |
| **Краткое описание технологической задачи** | Назначение медицинского учреждения | Лечебное |
| Лабораторное |
| Другое |
| Диаметр условного прохода линии подачи медицинского вакуума | мм |
| Тип подключения к линии подачи медицинского вакуума | Резьбовое  Фланцевое |
| **Помещение для размещения оборудования:** | Температура окружающей среды | (°C) |
| относительная влажность воздуха | % |
| этаж здания |  |
| размеры помещения (ДхШхВ) | м |
| размеры дверного проёма (ШхВ) | м |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Характеристики установки** | | | | | | | |
| **Производительность:** | (м3/час) | | | | | | |
| **Глубина вакуума:** | кПа  мбар | | | | | | |
| **Кол-во насосов:** | (шт) | | | | | | |
| **Тип насосов:** | Масляные | | | Сухие | | | |
| **Расположение ресивера:** | Вертикальный | | | Горизонтальный | | | |
| **Объем ресивера (горизонтальный не свыше 500 л):** | 100 л | 300 л | 500 л | | 900 л | | другое |
| **Глушитель шума** | Требуется | | | Не требуется | | | |
| **Параметры электроснабжения:** | Напряжение | | | (V) | | | |
| Количество фаз | | |  | | | |
| Категория надёжности | | | **I** | | **II** | |
| Ограничение по установочной мощности: | | | Нет | | Есть\_\_\_\_\_\_кВт | |
| **Щит управления** | | | | | | | |
| **Размещение:** | На стойке | | | на стене или колонне | | | |
| **Необходимость подключение к системе диспетчерского контроля медицинского учреждения** | Релейная сигнализация | | | Протокол обмена  (указать)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  | | | | | | | |
| **Требование к ЗИП:** | Требуется | | | Не требуется | | | |
| На какой период | | | Год/лет | | | |
| **Дополнительная информация, которую требуется учесть:** |  | | | | | | |