



Bitte diese Seite kopieren, ausfüllen und einfach an HALLTECH zurück faxen: 08122 - 96 60 167



Please copy this page, fill in and send it by Fax to HALLTECH: +49/8122 - 96 60 167



# Anfrageformular Gummischiebenbälge

# Questionnaire Rubber Disk Bellows

Bitte füllen Sie das Formular möglichst komplett aus oder fragen Sie mit Zeichnung oder Skizze an.

Please fill in the form as completely as possible or sending a drawing or sketch.

Bedarf einmalig ..... Stück  
*One-time requirement ..... units*

Jahresbedarf ..... Stück  
*Annual requirement ..... units*

Losgröße ..... Stück  
*Lot size ..... units*

Wo soll der Balg eingesetzt werden? .....  
*Where do you wish to use the bellows?*

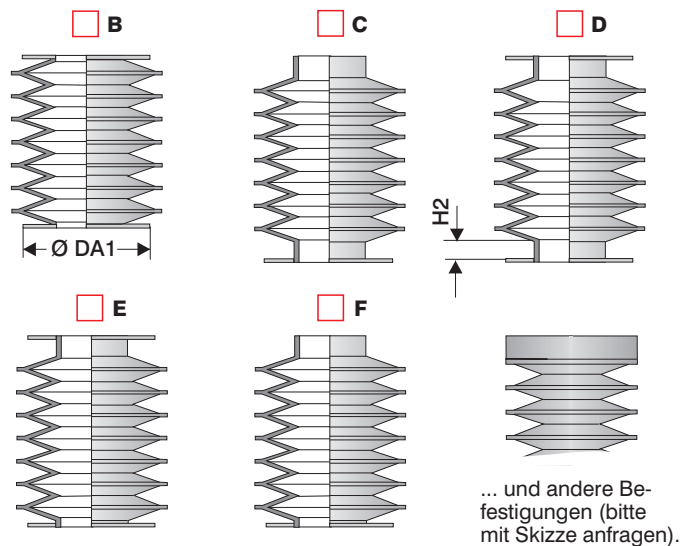
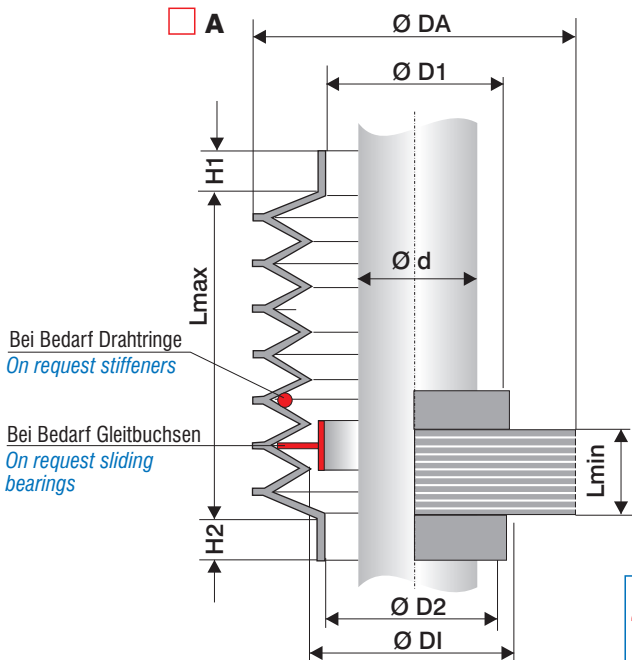
Einbaulage/*Mounting position*:  horizontal  vertikal/*vertical*

Verwendung des Balges/*Use*:  Außenbereich *Outdoor*  Innenbereich *Indoor*  Temperaturbereich: -.....°C / +.....°C  
*Temperature range*

Hubzahl/min/*Work cycles/min* .....  Arbeitstunden täglich/*Working hours per day*.....

Spindel-Ø/*Spindle dia.* ..... mm  Steigung/*Pitch* ..... mm  Drehzahl: U/min/*r.p.m* .....

! Bitte gewünschte Ausführung ankreuzen und Maße angeben.  
*Please tick the desired type and specify the dimensions.*



d ..... mm      DI ..... mm  
Lmin ..... mm      DA ..... mm  
Lmax ..... mm      DA1 ..... mm  
D1 ..... mm      H1 ..... mm  
D2 ..... mm      H2 ..... mm

Bei Bedarf/*On request*:  
 Be-/Entlüftungsöffnungen/*Air vents*

? Mit welchen Medien kommt der Balg in Berührung?  
*What media will the bellows be exposed to?*

	Innen <i>inside</i>	Außen <i>outside</i>	Ständig <i>permanently</i>	Sporadisch <i>sometimes</i>
Staub/ <i>Dust</i> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wasser/ <i>Water</i> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öl/Fett/ <i>Oil/Grease*</i> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Säure/ <i>Acid*</i> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laugen/ <i>Leaches*</i> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schweißspritzer/ <i>Weld spatters</i> (°C).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Druck/ <i>Pressure</i> (max. 0,15 bar) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Welche? / *Please specify*

## Kontaktinformationen/*Contact*

Firma/*Company*: .....  
Ansprechpartner/*Your name*: .....  
Straße/*Address*: .....  
PLZ/Ort/*Postal code/City*: .....  
Land/*Country* .....

Telefon/*Phone*: .....  
Fax: .....  
eMail: .....  
www: .....