

ANFRAGEFORMULAR



E-Mail: info@hema-group.com
Fax: +49(0)6182 773-35

Firmenname: _____

Anschrift: _____

Land/PLZ/Ort: _____

Ansprechpartner: _____

Bereich/Abteilung: _____

Telefon: _____

Durchwahl: _____

Fax: _____

Direkt: _____

E-Mail: _____

Web: _____

RotoClamp/DiskClamp Systeme können für verschiedene Einsatzfälle angepasst werden. Die folgenden Kriterien entscheiden über die Konfiguration des Systems. Geben Sie bitte die Informationen möglichst vollständig und detailliert an. Modell (bitte ankreuzen):



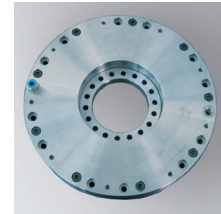
RotoClamp Inside (A = Aktiv)

XS S N L Y
 XSA SA NA LA YA



RotoClamp Outside (A = Aktiv)

XS S N XL
 XSA SA NA XLA



DiskClamp

DiskClamp pneumatisch
 DiskClamp hydraulisch

Typenbezeichnung lt. Tabelle: _____

Standardbohrbild gemäß Zeichnung:

Klemmzyklen: _____ pro _____

Ja

Nein

Spezielle Anforderung: _____

Bei Abweichung bitte Zeichnung der Anwendung beifügen oder an info@hema-group.com mailen.

Klemmmoment: _____ Nm

Optionaler Wellenflansch: _____

Vorgesehener Anschlussdruck: _____

Benötigte Stückzahl: _____

4 bar

6 bar

Liefertermin: _____

Abmessungen:

Bitte Rückruf

Bitte Besuch

Außendurchmesser D3: _____ mm

Sonstiges: _____

Innendurchmesser D1: _____ mm

Befestigungsdurchmesser D2: _____ mm

Bauhöhe: _____