

A renvoyer à IMLAB Fax: 016 73 55 87

SOCIETE			
Dénomination			
Rue	N°		
Code postal	Ville		
Pays			
Tél	Fax		
Mail	Web		www.
Personne de contact			
Nom	Prénom		
Service			
Tél	Fax	Mail	

Eau obtenue avec installation existante

(merci d'indiquer le type d'eau et la marque de l'appareillage)

- Eau distillée
- Eau déminéralisée
- Eau osmosée
- Eau Ultrapure
- Autre

Utilisation de l'eau pure

(merci de décrire les applications d'utilisation de l'eau purifiée)

.....

.....

.....

.....

.....

Projet pour nouvelle installation

Installation pour laboratoire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Installation industrielle	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Pureté demandéeµS/cm		
Pureté demandéemΩ.cm		
Débitlitres/h		
Besoin journalierlitres		
Besoin par semainelitres		
Pic d'utilisationlitres		

Demandes particulières

Taux de carbone organique total : <ppb
 Bactéries : <CFU/ml
 Organiques : <ppb
 Eau apyrogène : oui non
 Stérilisation par UV oui non
 Filtration finale stérile 0.2 µ oui non

Besoins spécifiques autres :

.....

Eau d'approvisionnement

Eau de ville dureté de(préciser l'unité)
 Eau de puits
 Eau adoucie
 Eau distillée
 Eau déminéralisée
 Eau osmosée

Autres informations que vous jugez utiles à nous transmettre

.....

