

A renvoyer à IMLAB Fax: 03 20 55 20 85

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....