

## Formulaire d'offre pour chambre froide ou de congélation médicale

*Cochez et complétez ce qui convient, SVP*

- 1 **Type de chambre :**       température positive                       température négative  
     nouveau projet     renouvellement
  
- 2 **Dimensions extérieures approximatives:** L \_\_\_\_\_ x P \_\_\_\_\_ x H \_\_\_\_\_ cm
  
- 3 **Type de stockage:**       Médicaments  
     Sang  
     Préparations de laboratoire  
     Diagnostiques ou produits similaires  
     Autres à préciser \_\_\_\_\_
  
- 4 **Température de service voulue:** \_\_\_\_\_ °C Température d'entrée marchandise: \_\_\_\_\_ °C
  
- 5 **Parois (traitement):**  Standard lisse       Traité anti-corrosion       Traité anti-bactérien
  
- 6 **Porte:**  A battants       Coulissante       Sectionnelle  
     Serrures       Sans serrure  
     Charnières droite       Charnières gauche  
    Dimensions passage de porte: L \_\_\_\_\_ X H \_\_\_\_\_ cm
  
- 7 **Sol:**       Posé sur dalle nivelée       En décaissé  
    Chargements:  A la main       Usage petits chariots       Trans-palettes       Clark
  
- 8 **Accessoires:**  Rayonnages       Rampe d'accès      Eclairage
  
- 9 **Disposition de la porte:**  Centrée      A gauche      A droite  
    Sur largeur      Sur profondeur
  
- 10 **Système de contrôle de température:**  Oui       Non       Avec alarme CDC
  
- 11 **Installations frigorifiques:**  Froid déporté       Groupe fixé en façade  
**Si installation déportée:** Distance du local technique à la chambre froide : \_\_\_\_\_ m  
**Accès extérieurs:**      Oui      Non  
**Différence d'étage entre chambre froide et local technique:** Nbre \_\_\_\_ étages
  
- 12 **Coordonnées:**  
    Société \_\_\_\_\_ Lieu d'installation: \_\_\_\_\_  
    Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_  
    Téléphone direct \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
    Délai livraison de l'objet \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_