

FICHA TOMA DE DATOS DE RESORTES DE GAS ACE

Enviar a: info@aircontrol.es

EMPRESA _____
DIRECCIÓN _____
POBLACIÓN _____
PERSONA DE CONTACTO _____
E-MAIL _____

FECHA: _____
C.P. _____ PROVINCIA _____
MÓVIL _____
PÁGINA WEB _____

DESCRIPCIÓN APLICACIÓN Y COMENTARIOS

Cantidad requerida: _____ unidad/año Lotes de: _____ unidad. Fecha primera entrega: _____

DATOS DE LA APLICACIÓN

Gas spring tipo empuje		Gas spring tipo tracción	
Masa móvil	m		Kg
Nº amortiguadores	n		unid.
Nº movimientos/ciclos			/dia
Temperatura Ambiente	T		°C
Radio centro gravedad	R_M		mm
Radio fuerza manual	R_H		mm
Ángulo inicial	α_M		°
Ángulo apertura	α		°

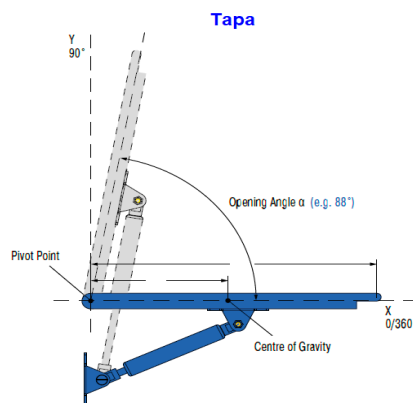
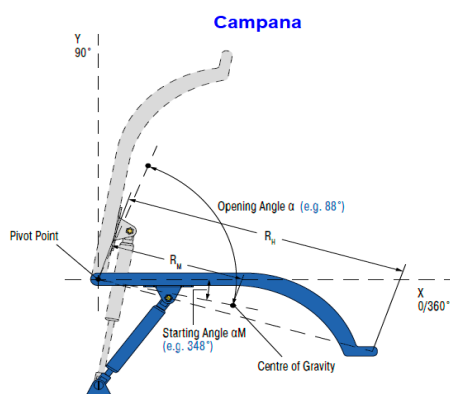
FIJACIONES

Fijación Vástago

☐ A			☐ A
☐ B		B Sólo rosca	☐ B
☐ C		C Rótula	☐ C
☐ D		D Horquilla	☐ D
☐ E		E Rótula ojo móvil	☐ E
☐ F		F Rótula axial	☐ F
☐ G		G Amarre bola	☐ G

Fijación Cuerpo

☐ A	☐ A
☐ B	☐ B
☐ C	☐ C
☐ D	☐ D
☐ E	☐ E
☐ F	☐ F
☐ G	☐ G



POR FAVOR, ADJUNTE UN PLANO DE SU APLICACIÓN.