

Absolute/Gauge/Differential Pressure

Nombre de la empresa: _____
 Dirección del cliente: _____
 Ciudad, provincia, código postal: _____
 Persona de ventas/representante: _____
 Empresa representante: _____
 Número de etiqueta: _____

Nombre de contacto del cliente: _____
 Teléfono y fax: _____
 Móvil: _____
 Correo electrónico: _____
 Solicitud de presupuesto n.º: _____

Información del proceso

- Material del proceso: _____
- Gravedad o densidad específicas: _____
- Propiedades del producto:
 Abrasivo Cristalizante Sólidos flotantes
- Temperatura prevista del proceso
 Normal: _____
 Mín: _____ Máx: _____ °F °C
- Ubicación del recipiente:
 En el interior En el exterior
- Temperatura ambiente prevista
 Normal: _____
 Mín: _____ Máx: _____ °F °C
- Presión prevista del proceso
 Mín: _____ Máx: _____ Normal: _____
 Unidades: _____
- Presión máxima de sobrecarga necesaria: _____
 Unidades: _____
- Servicio de vacío previsto:
 Sí No Continuo
- Tamaño/tipo de conexión de proceso
(especificar lado bajo/alto si es diferente):

- Materiales de componentes del proceso preferidos:

- Ciclos de limpieza previstos
 Sí No
 Temperatura: _____
 Presión de limpieza: _____
 Agente detergente: _____

Datos de medición

- Aplicación:
 Proceso *(completo 7)*
 Nivel *(completo 15)*
 DP *(completo 16)*
 Nivel DP *(completo 15 y 17)*
 Flujo DP *(completo 18)*
 Densidad DP *(completo 19)*
 Interfaz DP *(completo 15 y 20)*
 Nivel compensado de densidad DP *(completo 15 y 19)*
 Nivel hidrostático *(completo 15)*
- Desviación/Precisión necesaria: _____
- Nivel
 Altura mínima: _____ Altura máxima: _____
 Unidades: _____
- DP
 Mín: _____ Máx: _____
 Unidades: _____
- Nivel de DP
 Presión de espacio de vapor máx.: _____
 Unidades: _____
- Flujo DP
 Caída de presión prevista: _____
 Unidades: _____
 Linealización necesaria: _____
- Densidad de DP
 Distancia entre sensores: _____ Sin definir
 Densidad mín.: _____ Densidad máx.: _____
 Unidades: _____
- Interfaz DP
 Densidad fluido 1: _____ Densidad fluido 2: _____
 Unidades: _____

Nota: Utilice la siguiente página para describir/dibujar la configuración necesaria

(montaje, tuberías, configuración del recipiente, etc.)

Requisitos adicionales

21. Tipo de aprobación y clasificación de zona: _____

22. Aprobaciones secundarias necesarias:

- 3A FDA Servicio de oxígeno
 EHEDG Limpieza especial Otro: _____

23. Material/estilo de alojamiento:

- Plástico Aluminio
 Inoxidable Cámara única
 Cámara doble Distancia remota: _____

24. Salida necesaria:

- | | |
|-------------|---------------------|
| 4 ... 20 mA | 4 ... 20 mA HART |
| Profibus PA | Foundation Fieldbus |
| Modbus | Doble 4 ... 20 mA |

25. SIL necesario:

- | | |
|----|----|
| Sí | No |
|----|----|

26. Pantalla:

- | | |
|---------|----------|
| Ninguna | Integral |
|---------|----------|

Remota Distancia: _____

Notas (dibujo si es posible)