

DATOS COMPLEMENTARIOS PARA LÁMPARA DE QUIRÓFANO

Fecha:

Presupuesto:

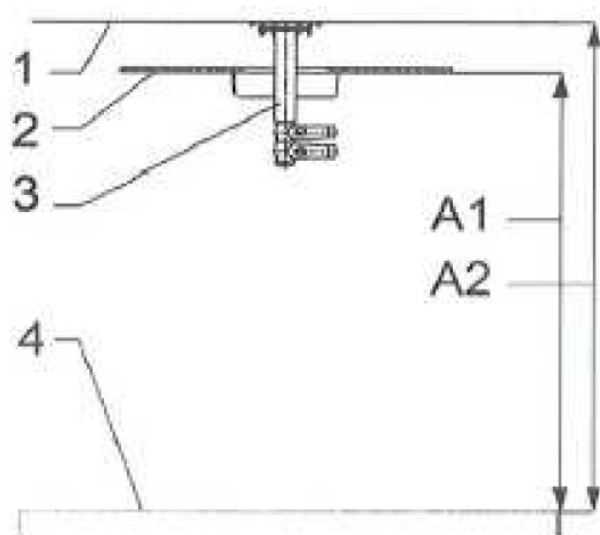
Cliente nº:

Nombre del cliente:

Dirección de montaje:

Población de Montaje:

Rogamos indiquen la altura de suelo terminado a falso techo (A1) y la altura del suelo terminado al techo forjado (A2) para poder suministrar la lámpara adaptada a la altura del quirófano.



- 1 - Techo forjado
- 2 - Falso techo.
- 3 - Tubo vertical de la lámpara.
- 4.- Suelo terminado del quirófano.

La distancia A1 (suelo terminado del quirófano hasta falso techo) es:

La distancia A2 (suelo terminado del quirófano hasta el techo forjado) es:

Nombre persona que facilita los datos:

NOTA IMPORTANTE