

FAX -ANTWORT

von / from

Datum / date

Seiten / pages

an Firma / to company

BEKO TECHNOLOGIES GMBH

zu Händen / attention to

Melanie Müller - Preuß

Fax.-Nr. / fax. no.

02131/988-914

Ihr Zeichen / your ref.

Ihre Nachricht vom / your message dd.

unser Zeich. / our ref.

GRUNDLAGEN FÜR DIE AMORTISATIONSBERECHNUNG BEKOBLIZZ®

Wieviele Extrusionsblasanlagen sollen mit einem BEKOBLIZZ® versorgt werden?: _____

Typ Extrusionsblasanlage: _____

Nachkühleinrichtung: nein ja

Anzahl der Kavitäten: _____

Kühlmitteltemperatur für Werkzeugkühlung (°C): _____

Kühlmittel für Werkzeugkühlung: Wasser Anderes: _____

Betriebsdruck im Druckluftnetz (bar_ü): _____

Produktion:

Maschinenstundensatz (Euro/h): _____ Personalbedarf (z.B.0.5): _____

Lohnkosten (Euro/h): _____ Betriebsstunden pro Jahr (h/a): _____

Materialkosten (Euro/kg Kunststoff): _____ Strompreis (Euro/kWh): _____

Innenkühlung: nein ja

Druckluftbedarf bei Umkehrspülung mit „warmer“ Druckluft (Nm³/h od. l/s): _____

Flüssiggasbedarf (CO₂, N₂) bei Direkteinspritzung (kg/kg Kunststoff): _____

Flüssiggaskosten (CO₂, N₂) (Euro/kg): _____

Produkt:

Bezeichnung: _____ Material: _____

Nettogewicht (kg): _____ Volumen (l): _____

Wanddicke (mm): min.: _____ Durchschnitt: _____ Max. in Problemzone: _____

Schmelztemperatur (°C): _____ Entformungstemperatur (°C): _____

Zykluszeit (s): _____ Kühlzeit (s): _____

Formteilinnenüberdruck beim Spülen (bar_ü): _____

Innere Oberfläche Formteil, wenn bekannt (cm²): _____

Prozess:

Stromversorgung (V/Ph/Hz): _____

Kühlwasser Eintritts- und Austrittsdruck (bar): _____

Querschnitt vom Blasdorn (mm): _____

Anschluss vom Blasdorn (mm): _____

Existiert genügend Extruderkapazität: no yes

Zu jeder Blasanlage und zu jedem Produkt bitte jeweils einen Fragebogen ausfüllen.