



# Frågeformulär Fetter

## Kontaktinformation

Kontaktperson

Telefon

Företag (plus eventuellt kundnummer)

E-mail

Adress

Datum

## Vilken produkt använder ni idag?

Produktnamn

Tillverkare

Årlig förbrukning

Vilken kravspecifikation finns det på utrustningen som ska smörjas?

Annan viktig information

## Har ni problem med befintlig produkt? Vilka?



## Hur ser smörjprocessen ut?

Vad ska ni smörja?

---

---

Vilken är slitpunkten? Kryssa i relevant alternativ nedan:

- |          |                          |
|----------|--------------------------|
| Kulled   | <input type="checkbox"/> |
| Gångjärn | <input type="checkbox"/> |
| Kedja    | <input type="checkbox"/> |
| Rem      | <input type="checkbox"/> |
| Annan    | <input type="checkbox"/> |

Om annan angetts, vilken eller vilka?

---

---

Hur appliceras fett? Aggregat?

---

---

Vad är det för maskin? Vem tillverkar den?

---

---

Vilken temperatur har ni i processen? (ange i °C)

---

---

Finns det smuts, damm eller vatten närvarande?

---

---



### Vilken typ av smörjning utförs?

- |                            |                          |                                     |                          |
|----------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Nedmontering och rengöring | <input type="checkbox"/> | Centralsmörjning                    | <input type="checkbox"/> |
| Nippelsmörjning            | <input type="checkbox"/> | Annan typ av smörjning <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> |

1. Om "Annan typ av smörjning" angetts, ange vilken typ:

---

Annan viktig information

---



---



---

### Vilket material ska behandlas?

- |                                     |                          |                                     |                          |
|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Aluminium - Zn <sup>1</sup>         | <input type="checkbox"/> | Rostfri laminär grafit <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> |
| Aluminium - Cu <sup>1</sup>         | <input type="checkbox"/> | Icke-järnhaltig metall <sup>2</sup> | <input type="checkbox"/> |
| Stål <sup>1</sup>                   | <input type="checkbox"/> | Galvaniserat material <sup>1</sup>  | <input type="checkbox"/> |
| Rostfri sfärisk grafit <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> | Annat material <sup>3</sup>         | <input type="checkbox"/> |

1. Om applicerbart, ange kvalitetsnummer på materialet:

---

2. Om icke-järnhaltig metall ska behandlas, ange vilken:

---

3. Om annat material ska behandlas, ange vilket:

---



**Vilka krav ställer ni på en ny produkt?**

---

---

---

**Övriga kommentarer**

---

---

---

---

---