



mballage form ab

Schaktugnsgratan 3
216 16 LIMHAMN
Tel 040-16 05 07, Fax. 040-16 43 10
info@emballageform.se
www.emballageform.se

STANSFORMSBESTÄLLNING

Best. datum	Önskad lev.datum
-------------	------------------

Beställare: _____

Kontaktperson: _____

Ord.nr: _____

Stansen märkes: _____

FÖRPACKNING - TYP - MATERIAL

Konstruktion _____	Fefco nr _____	Antal upp _____
Format L _____ B _____ H _____ mm.	Materialtyp _____	
Limkant _____ mm.	Gavelflik _____ mm.	Arkformat netto _____ x _____ mm.
Instickstunga _____ mm.	Brutto _____ x _____ mm.	Ytvikt _____ Tjocklek _____ mm.

PLANSTANS

För maskin _____	Träformat _____	Tjocklek 15 mm <input type="checkbox"/> 18 mm <input type="checkbox"/>
Skärlinjer 2p <input type="checkbox"/> 3p <input type="checkbox"/> 4p <input type="checkbox"/>	Biglinjer 2p <input type="checkbox"/> 3p <input type="checkbox"/> 4p <input type="checkbox"/>	Bighöjd _____ mm Gripkant trä _____ mm

RENSFORM

Överdel format	Höjd på rensstål _____ mm
9 mm <input type="checkbox"/> 10 mm <input type="checkbox"/> 12 mm <input type="checkbox"/> 15 mm <input type="checkbox"/>	
Underdel	
9 mm <input type="checkbox"/> 10 mm <input type="checkbox"/> 12 mm <input type="checkbox"/> 15 mm <input type="checkbox"/>	

MATRISER

_____ st

CAD PROVER

_____ st

STANSRITNING

PROVFORM

MAIL

<input type="checkbox"/> Stansritning till _____ Datum _____
<input type="checkbox"/> Stansritning 1 upp. till _____ Datum _____
<input type="checkbox"/> Stansform 1 upp. för godkännande till _____ Datum _____
<input type="checkbox"/> Mail till _____ Datum _____

TILLBEHÖR

Perf. typ _____ tand _____ lucka _____	Ståltyp <input type="checkbox"/> Centerfas <input type="checkbox"/> 23,8 mm <input type="checkbox"/>
Europa hål _____	<input type="checkbox"/> Enfas <input type="checkbox"/> 31,75 mm <input type="checkbox"/>
Dragkedjeperf. nr _____	<input type="checkbox"/> Facett _____ mm <input type="checkbox"/>
Ritshöjd _____	<input type="checkbox"/> Centerfas Ø: Ø: Ø: Ø:
	<input type="checkbox"/> Insidefas Ø: Ø: Ø: Ø:
	<input type="checkbox"/> Släppning Ø: Ø: Ø: Ø:

BILAGOR

<input type="checkbox"/> Konstruktionsprov	<input type="checkbox"/> Ritning	<input type="checkbox"/> Tryckark	<input type="checkbox"/> Original	<input type="checkbox"/> Mail	<input type="checkbox"/> Övrigt
--------------------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	---------------------------------

GRIP _____

GRIP _____

Övrigt _____

Faxa 040-16 43 10

EF Arkivnr.