

Kontaktaufnahme durch NNC Group gewünscht

- Telefonisch Persönlich E-Mail

Firmenname _____

Ansprechpartner _____

Adresse _____

Telefon _____

E-Mail _____

Branche: Medizin Pharmaka Forschung Sonstige

Produzent Nutzer

Art der Produkte _____

Mengen _____

Produktgrößen _____

Verpackungsformen _____ Lagertemperatur _____

Besondere Anforderungen _____

Produkt-Anforderungen Einzel Gruppenverarbeitung

Frieren Wärmen

Lagern Organisieren Automatisieren Besondere Anforderungen _____

Planungszeitraum _____ Realisierungszeitraum _____

Abnahmezeitraum _____

Altbau/bestehende Einrichtung Anbau/Umbau Neubau LN2 Erfahrung

Aufstellmöglichkeit für Versorgungstanks ja nein

Kaskadennutzung ja nein möglich

Erforderliche Abnahmen

Konformität (CE) Medizinprodukte (MP-CE) Hersteller/Benannte Stelle

Sonstiges/Kundenwünsche/Anmerkungen: