

CAMAS DE IMPACTO FORMULARIO

icobandas s.a. 

EMPRESA: _____ CIUDAD: _____ FECHA: DD-MM-AAAA TELEFONO: _____
CONTACTO: _____ CARGO: _____ E-MAIL: _____ NOMBRE TRANSPORTADOR: _____
MATERIAL: _____ TAMAÑO Y DENSIDAD (MÁX.): _____ / TONELADAS POR HORA: _____ VELOCIDAD / RPM: _____ /
LONGITUD AREA DE IMPACTO O DEL MATERIAL SOBRE LA ICOBANDAS TRANSPORTADORA (m): _____ ALTURA DE CAIDA DEL MATERIAL SOBRE LA BANDA (m): _____
LIMPIEZA RODILLOS DE RETORNO: _____ DIÁMETRO POLEA MOTRIZ: _____ ANCHO BANDA (mm): _____ OTROS: _____

DETALLES DE LAS ARTESAS DE CARGA EXISTENTES

