



QUESTIONNAIRE TECHNIQUE VENTILATION TERTIAIRE

| | | | |
|--------|--------------|---------------------|---------------|
| Date : | Commercial : | Nombre de page(s) : | Plan(s) joint |
|--------|--------------|---------------------|---------------|

| DISTRIBUTEUR | INSTALLATEUR |
|-------------------------|-------------------------|
| Société : | Société : |
| Adresse : | Adresse : |
| Contact : | Contact : |
| Tél : Fax : | Tél : Fax : |
| E-mail : | E-mail : |

CHANTIER

| | | | |
|---|--|---|--|
| Référence : | Repère bâtiment : | | |
| Type de pièce <input type="checkbox"/> Bureau <input type="checkbox"/> Sanitaire <input type="checkbox"/> Atelier <input type="checkbox"/> Autre | Type de ventilation <input type="checkbox"/> Monozone <input type="checkbox"/> Multizone <input type="checkbox"/> Simple flux <input type="checkbox"/> Double flux <input type="checkbox"/> Désenfumage (joindre CCTP) <input type="checkbox"/> Autre | Tension <input type="checkbox"/> Monophasé <input type="checkbox"/> Triphasé | Rejet <input type="checkbox"/> Toiture <input type="checkbox"/> Mural |

DESCRIPTIONS

| |
|--|
| |
|--|

OBSERVATIONS

| |
|--|
| |
|--|

SERVICE CONSEILS-ETUDES