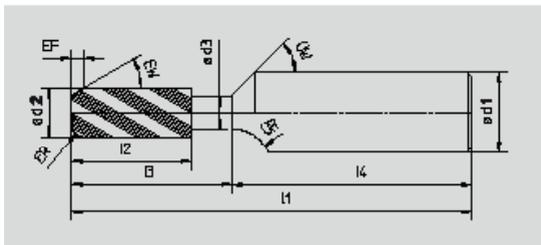


Anfrage für VHM-Fräser

An: LEISTRITZ PRODUKTIONSTECHNIK GMBH Tel.: +49 (0)9654 89-831 z.Hd.:

Kundendaten	Datum:
Firma:	Ansprechpartner:
Straße:	E-Mail:
Postleitzahl:	Ort:
Tel.:	Fax:

Fräser typ:



Schaftfräser

Langlochfräser

Torusfräser

\varnothing _____
W _____

Gesenkräser

R _____
W _____

Radiusfräser

R _____

Formfräser

Kontur nach extra
Zeichnung

Sonstiges _____

Schaft - \varnothing	d1 _____ [mm]	
DIN 6535 Form HA (zyl)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
DIN 6535 HB (m. Fläche)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
DIN 6535 HB (Fläche geneigt)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Andere		
Schneiden - \varnothing	d2 _____ [mm]	
Freistellungs - \varnothing	d3 _____ [mm]	
Gesamtlänge	l1 _____ [mm]	
Schneidenlänge	l2 _____ [mm]	
Länge bis Schaft	l3 _____ [mm]	
Schaftlänge	l4 _____ [mm]	
Eckenradius	ER _____ [mm]	
Eckenfasenwinkel	EW _____ [°]	
Eckenfasbreite	EF _____ [mm]	
Übergangswinkel	ÜW _____ [°]	
Übergangsradius	ÜR _____ [mm]	
Tauchen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Beschichtung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Schneidrichtung	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	
Drallwinkel	_____ [°]	
Schruppen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Schlichten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Zähnezahl	_____	
Werkstückwerkstoff*	_____	
Kundenzeichnung vorh.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Falls Kundenzeichnung vorhanden, bitte unbedingt mitschicken!

* mit markierter Bearbeitungsaufgabe



speichern und per Mail schicken