# **A REMPLIR PAR LA SOCIETE DEMANDEUR (** vous pouvez compléter sur une feuille annexe pour toute précision **)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tél :**  **Fax** :  **Adresse :**  **Code postal : Ville :** | **Date souhaitée pour la réalisation**  **de la prestation :**  **Transport assuré par : -le client**  **- PIEME** | **Type de prestation souhaitée :**  **Pré-qualif/debug** **qualification**  **Avec rapport :**  **En** **français** **En** **Anglais**  **Sans rapport**  **Normes souhaitées (si connues) :** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DESCRIPTION DE L’EQUIPEMENT (1)** | | | | | | |
| Désignation de l’équipement **(joindre synoptique et photos)** | **Références**  **(N°série…)** | **Dimensions** | **Poids** | **Décrire les modes de fonctionnement nominaux, de dégradation et de maintenance**  **(détails en annexe si nécessaire)** | **Environnement dans lequel il sera utilisé, sa destination, Grand public CEE, médical, militaire ….** | **Systéme de communication radioélectrique (ou néant)**  **(détails en annexe si nécessaire)**  **C**aractéristiques, type, fréquences …. |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Fréquences d’horloges de l’électronique embarquée , Notamment fréquences les plus élevées. :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| VISUALISATION DU DYSFONCTIONNEMENT DE L’EQUIPEMENT | | | | |
| **Indiquer les Paramètres à contrôler avec critères de dysfonctionnement,**  **Durée du cycle de vérification de bon fonctionnement** | **Visualisation du fonctionnement**  **(**avec équipements nécessaires  fournis par le client ou à fournir par le laboratoire**)** | **Equipements auxiliaires nécessaires au fonctionnement**  (ne faisant pas partie de l’EST**) et fourni par le client** | **Equipements auxiliaires**  **à fournir éventuellement**  **par le laboratoire** | **Type de liaison nécessaire**  **(RS 232, GPIB ….)** |
|  | **Directe**:  (Display sur l’EST))  **Nécessité d’une liaison** hors de la cage :  (≥ 10m pour normes civiles)  (≥ 5m pour normes militaires) |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ALIMENTATION DE L’EQUIPEMENT SOUS TEST (EST) | | | | | | | |
| **L’alimentation de l’équipement est** | | **En continu :** | | | **En alternatif :** | | |
| Unique :  Multiple (indiquer nombre) :  Continu :  Alternatif :  Sur batterie :  Externe (fournie par réseau) : |  | Tension  :  Puissance  :  Longueur câble |  |  | Tension  Puissance  Fréquence  Monophasé  Triphasé  Longueur câble |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CABLES CONNECTES AUX DIFFERENTES ENTREES/SORTIES + CABLE (S) ALIMENTATION (S | | | | | |
| **Type de signaux** | Nombre d’ E/S identiques | **Blindés** | **Non**  **blindés:** | **Types de connecteurs (dimensions)** | **Caractéristiques physiques des câbles (dimensions transversales, Torons, longueurs ….)** |
|  |  |  |  |  |  |

DESCRIPTION DE L’EQUIPEMENT A TESTER.

Merci de décrire ci-dessous : Son utilisation, sa fonction, Ses modes de fonctionnement et éventuellement un complément sur ses caractéristiques radioélectriques.

|  |
| --- |
|  |