

Checkliste Projektor - Leinwand

Kundennummer _____ **Firma** _____
Ansprechpartner _____ **Telefon** _____
Mail _____

Raum	Höhe _____ cm	Breite _____ cm	Tiefe _____ cm
	<input type="checkbox"/> heller Raum	<input type="checkbox"/> Helligkeit bedingt regelbar	<input type="checkbox"/> gut regelbar
Abstände	1. Sitzreihe - Leinwand _____ cm		
	Projektorlinse - Leinwand _____ cm		
	Decke - abgehängte Decke _____ cm		
Projektor	<input type="checkbox"/> mobile Nutzung	<input type="checkbox"/> Festinstallation	<input type="checkbox"/> beides
	<input type="checkbox"/> professioneller Einsatz	<input type="checkbox"/> Heimkino	
Auflösung	<input type="checkbox"/> XGA 1024x768	<input type="checkbox"/> WXGA 1280x800	<input type="checkbox"/> Full HD 1920x1080
	<input type="checkbox"/> WUXGA 1920x1200	<input type="checkbox"/> UHD / 4K	<input type="checkbox"/> _____
Schnittstellen	<input type="checkbox"/> VGA	<input type="checkbox"/> HDMI	<input type="checkbox"/> Displayport
	<input type="checkbox"/> HD-BaseT	<input type="checkbox"/> WLAN	<input type="checkbox"/> RS232
Eigenschaften	<input type="checkbox"/> LensShift	<input type="checkbox"/> motorische Optik	<input type="checkbox"/> LED / Laser
	<input type="checkbox"/> 24/7 tauglich	<input type="checkbox"/> Portrait	
Montage	<input type="checkbox"/> Deckenhalter _____ cm	<input type="checkbox"/> Wandhalter _____ cm	<input type="checkbox"/> Lift <input type="checkbox"/> Spiegel
Leinwand	<input type="checkbox"/> wird benötigt	<input type="checkbox"/> bereits vorhanden	
Typ	<input type="checkbox"/> Rollleinwand	<input type="checkbox"/> motorisch	<input type="checkbox"/> manuell
	<input type="checkbox"/> Mobbilleinwand	<input type="checkbox"/> Wand- & Deckenmontage	<input type="checkbox"/> Deckeneinbau
	<input type="checkbox"/> Rahmenleinwand	<input type="checkbox"/> Bodenleinwand	<input type="checkbox"/> Tischleinwand
Projektionsart	<input type="checkbox"/> Frontprojektion	<input type="checkbox"/> Rückprojektion	
sichtbare Bildgröße	Höhe _____ cm	Breite _____ cm	Format _____
Sonstiges	<input type="checkbox"/> mit schwarzem Rand	<input type="checkbox"/> Vorlauf / Nachlauf _____ cm	
	<input type="checkbox"/> Mutliformat	<input type="checkbox"/> B1 Zertifikat	<input type="checkbox"/> Soundtransparent
Leinwandzubehör	<input type="checkbox"/> Funk- IR Fernbedienung	<input type="checkbox"/> Wand- Deckenbügel	<input type="checkbox"/> Reinigungsmittel
	<input type="checkbox"/> Trigger		
Notizen			