



SE NON SPECIFICATO:  
**QUOTE IN MILLIMETRI**  
 FINITURA SUPERFICIE:  
 TOLLERANZE:  
 LINEARE:  
 ANGOLARE:

FINITURA:  
**CROMO**

SBAVATURA E  
 INTERRUZIONE DEI  
 BORDI NETTI

NON SCALARE IL DISEGNO

REVISIONE



	NOME	FIRMA	DATA
DISEGNATO	RP		
VERIFICATO			
APPROVATO			
FATTO			
QUALITA'			

TITOLO:  
**Leva CLINICA 35**

MATERIALE:  
**ZAMA**

N. DISEGNO  
**CLI\_35\_18\_06\_2012**

A4

PESO:

SCALA

FOGLIO 1 DI 1