

Formulario de solicitud de servicios

Fecha:/...../.....

Adjuntar etiqueta aquí, si procede

Información del usuario*

Nombre:

Apellidos:

- Implantación unilateral
 Implantación bilateral Oído izquierdo Oído derecho

Información de contacto*

Nombre de la persona de contacto:

Correo electrónico:

Información del procesador de sonido actual

Número de serie*:

Modelo:

Motivo de la devolución*

- Sonido intermitente
 Sonido reducido/distorsionado
 Sonido con ruido
 Ningún sonido percibido
 Revisión anual
 Vida de las baterías insuficiente
 Rueda de volumen
 Pulsador¹
 Selector de programa
 Luz indicadora
 Tapa de baterías/Cartucho de batería Zn-Air¹
 Batería recargable/Cargador¹
 Problemas de conexión (*en detalle en el comentario*)
 Opción de modificar
 Accesorios/cubiertas rotas
 Procesador de sonido mojado (humedad/agua)
 Recibido roto
 Cambio de color
 El cliente cambió de opinión
 No cumple con las expectativas
 Se pidió/entregó un elemento erróneo
 Otros

¹Solo específico a procesadores de sonido Neuro 2.

Descripción detallada de los síntomas

Facturar a*

Teléfono: ()

Fax: ()

Nombre:

Dirección:

Ciudad:

Provincia:

Código postal:

País:

Enviar a (en caso de ser distinto al campo "Facturar a")

Teléfono: ()

Fax: ()

Nombre:

Dirección:

Ciudad:

Provincia:

Código postal:

País:

Programa para cambio de procesador Sí No

Número de serie del procesador de sonido de sustitución:

Nota: Para ofrecer el mejor servicio posible, los procesadores de sonido defectuosos Neuro 2 y Neuro One solo forman parte del programa de intercambio estándar.

Garantía

- Cubierto por la garantía
 No cubierto por la garantía
 Se desconoce

Servicio de atención al cliente local - Contacto

* Información requerida

Para obtener más información, póngase en contacto con el servicio de atención al cliente de Oticon Medical local o con un distribuidor de Oticon Medical. En nuestro sitio web encontrará la información de contacto.