

Formulaire de demande de services

Date :/...../.....

Coller l'étiquette ici si nécessaire

Information patient*

Prénom :

Nom :

- Implantation unilatérale
 Implantation bilatérale Oreille gauche Oreille droite

Coordonnées*

Nom du contact :

Email :

Information sur le processeur de son actuel

Numéro de série*

Type de processeur :

Raison du retour*

- Son perçu par intermittence
 Son déformé / réduit
 Son bruyant
 Aucun son perçu
 Révision annuelle
 Consommation anormale de la batterie / des piles
 Molette du volume
 Bouton poussoir¹
 Sélecteur de programme
 Témoin lumineux
 Trappe de piles / Compartiment piles Zinc-Air¹
 Batteries rechargeables¹ / Chargeur¹
 Problèmes de connexion (à détailler ci-dessous)
 Option de verrouillage
 Coque / accessoire cassé(e)
 Processeur de son mouillé (humidité/eau)
 Défectueux à la réception
 Changement de couleur
 Changement d'avis
 Ne correspond pas aux attentes
 Mauvais article commandé / livré
 Autre

¹ Concerne uniquement les processeurs de son Neuro 2.

Description détaillée de la situation

Facturer à*

Tél. : ()

Fax : ()

Nom :

Adresse :

Ville :

Département :

Code postal :

Pays :

Expédier à (si différent de « Facturer à »)

Tél. : ()

Fax : ()

Nom :

Adresse :

Ville :

Département :

Code postal :

Pays :

Programme d'échange Oui Non

Numéro de série du processeur
de son de remplacement :

Remarque : Pour vous apporter le meilleur service possible, les processeurs de son Neuro 2 et Neuro One défectueux sont traités exclusivement en échange standard.

Garantie

- Sous garantie
 Hors garantie
 Inconnu

Coordonnées du Service Clients local

* Informations obligatoires

Pour plus d'informations, merci de contacter votre service clients local Oticon Medical ou votre distributeur Oticon Medical. Les coordonnées sont disponibles sur notre site Web.