

Modulo di richiesta di assistenza

Data:/...../.....

Incollare l'etichetta qui se presente

Dati del paziente*

Nome:

Cognome:

- Impianto monolaterale Orecchio sinistro Orecchio destro
 Impianto bilaterale

Dati del referente*

Nome del referente:

E-mail:

Informazioni sull'attuale audioprocessore

Numero di serie*:

Modello:

Motivo del reso*

- Suono intermittente
 Audio distorto/ridotto
 Audio rumoroso
 Nessun suono percepito
 Controllo annuale
 Autonomia insufficiente della batteria
 Rotellina del volume
 Pulsante¹
 Selezionatore dei programmi
 Spia luminosa
 Sportello vano batteria/cartuccia per batteria Zn-Air¹
 Batteria ricaricabile/caricatore¹
 Problemi di connessione (*descrivere nei commenti*)
 Opzione di anti-manomissione
 Accessorio/involucro danneggiato
 Processore audio bagnato (umidità/acqua)
 Non funzionante all'arrivo
 Cambio del colore
 Il cliente ha cambiato idea
 Il prodotto non soddisfa le aspettative
 È stato ordinato/consegnato l'articolo sbagliato
 Altro

¹Specifico solo per i processori audio Neuro 2.

Descrizione dettagliata del problema

Dati di fatturazione*

Tel.: ()

Fax: ()

Nome:

Indirizzo:

Città:

Provincia:

Codice postale:

Paese:

Dati per la spedizione (se diversi dai dati di fatturazione)

Tel.: ()

Fax: ()

Nome:

Indirizzo:

Città:

Provincia:

Codice postale:

Paese:

Programma di sostituzione Sì No

Numero di serie dell'audioprocessore

sostitutivo:

Nota: per fornire il miglior servizio possibile, i processori audio Neuro 2 e Neuro One difettosi vengono gestiti solo attraverso il programma di sostituzione standard.

Garanzia

- In garanzia
 Fuori garanzia
 Non noto

Servizio clienti locale: recapiti

* Informazione obbligatoria

Per ulteriori informazioni, contattare il servizio clienti locale di Oticon Medical o il distributore Oticon Medical. I relativi recapiti sono disponibili sul sito Web.