

Datum:/...../.....

Plak etiket hier, indien van toepassing

Patëntinformatie*

Voornaam:

Achternaam:

- Unilaterale implantatie
 Bilaterale implantatie Linkeroor Rechteroor

Contactgegevens*

Contactnaam:

E-mail:

Informatie huidige geluidsprocessor

Serienummer*:

Model:

Reden retourzending*

- Onderbroken geluid
 Vervormd / verzwakt geluid
 Ruis
 Geen enkel geluid waargenomen
 Jaarlijkse controle
 Onvoldoende batterijduur
 Volumeregelaar
 Drukknop¹
 Programmakeuzeknop
 Indicatielampje
 Batterijdeur/batterijhouder Zink-lucht¹
 Oplaadbare batterij/Lader¹
 Verbindingsproblemen (*details geven in opmerking*)
 Manipuleeroptie
 Gebroken schaaltes/accessoires
 Geluidsprocessor nat (vocht/water)
 Defect bij aankomst
 Kleur ruilen
 Klant heeft zich bedacht
 Voldoet niet aan de verwachtingen
 Verkeerd item besteld / geleverd
 Anders

¹Alleen specifiek voor Neuro 2 geluidsprocessors.

Gedetailleerde beschrijving van het symptoom

Factuur aan*

Telefoon: ()

Fax: ()

Naam:

Adres:

Stad:

Provincie:

Postcode:

Land:

Verzend aan (indien anders dan 'Factuur aan')

Telefoon: ()

Fax: ()

Naam:

Adres:

Stad:

Provincie:

Postcode:

Land:

Ruilprogramma Ja Nee

Serienummer van de vervangende

geluidsprocessor:

Opmerking: Om u de best mogelijke service te geven, worden defecte Neuro 2 en Neuro One geluidsprocessors alleen behandeld via het standaard inruilprogramma.

Garantie

- Onder garantie
 Buiten garantie
 Onbekend

Plaatselijke klantendienst – contactgegevens

* Vereiste informatie

Neem voor meer informatie contact op met uw plaatselijke klantenservice van Oticon Medical of distributeur van Oticon Medical De contactgegevens zijn beschikbaar op de website.