

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

Tu nakleić etykietę, jeśli jest

Informacje o pacjencie*

Imię:

Nazwisko:

- Implantacja jednostronna
 Implantacja obustronna Lewe ucho Prawe ucho

Informacje kontaktowe*

Imię do kontaktów:

E-mail:

Aktualne informacje o procesorze mowy

Numer seryjny*:

Model:

Przyczyna zwrotu*

- Dźwięk przerywany
 Zniekształcony / cichy dźwięk
 Zaszumiony dźwięk
 Brak dźwięku
 Przegląd okresowy
 Niewystarczająca żywotność baterii
 Regulator głośności
 Przycisk¹
 Przetłącznik programów
 Lampka ostrzegawcza
 Drzwi komory baterii/komora baterii cynkowo-powietrznej¹
 Akumulator/ładowarka¹
 Problemy z połączeniem (szczegółowe informacje w komentarzu)
 Opcja zabezpieczenia przed otwarciem
 Pęknięcie obudowy/akcesoriów
 Zamoczenie procesora mowy (wilgoć/woda)
 Niesprawy przy odbiorze
 Zmiana koloru
 Klient zmienił zdanie
 Nie spełnia oczekiwań
 Zamówiono/dostarczono niewłaściwy produkt
 Inne

¹Dotyczy tylko procesorów mowy Neuro 2.

Szczegółowy opis symptomów

Dane do faktury*

Telefon: ()

Faks: ()

Imię/nazwa:

Adres:

Miasto:

Województwo:

Kod pocztowy:

Kraj:

Adres wysyłki (jeśli inny niż do faktury)

Telefon: ()

Faks: ()

Imię/nazwa:

Adres:

Miasto:

Województwo:

Kod pocztowy:

Kraj:

Program wymiany Tak Nie

Numer seryjny wymienianego
procesora mowy:

Uwaga: Aby zapewnić jak najlepszą obsługę, wadliwe procesory mowy Neuro 2 i Neuro One objęte są tylko standardowym programem wymiany.

Gwarancja

- Objęty gwarancją
 Bez gwarancji
 Brak danych

Lokalny oddział obsługi klienta – informacje kontaktowe

* Wymagane informacje

Aby uzyskać więcej informacji, należy skontaktować się z działem obsługi klienta Oticon Medical lub dystrybutorem Oticon Medical. Dane kontaktowe są dostępne na witrynie internetowej.