

Formulário de solicitação de serviços

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

Cole a etiqueta aqui, se houver

Informações do paciente*

Nome:

Sobrenome:

- Implantação unilateral
 Implante Bilateral Orelha esquerda Orelha direita

Informações de contato*

Nome de contato:

E-mail:

Informações sobre o processador sonoro atual

Número de série*:

Modelo:

Motivo da devolução*

- Som intermitente
 Som distorcido/reduzido
 Som ruidoso
 Nenhum som é percebido
 Manutenção anual
 Vida útil insuficiente da bateria
 Controle de Volume
 Botão de Pressão¹
 Seletor de programas
 Indicador luminoso
 Compartimento da bateria/cartucho da bateria Zn-Air¹
 Bateria recarregável/Carregador/¹
 Problemas de conexão (veja comentários para mais detalhes)
 Opção de alteração
 Ganchos/acessórios quebrados
 Processador sonoro molhado (umidade/água)
 Não funciona
 Troca de cor
 O cliente mudou de ideia
 Não atende às expectativas
 Item errado pedido/entregue
 Outra resposta

¹Específico apenas para processadores de som Neuro 2.

Descrição detalhada do problema

Cobrança para*

Telefone: ()

Fax: ()

Nome:

Endereço:

Cidade:

Estado:

Código postal:

País:

Enviar para (se o endereço for diferente de "Cobrança")

Telefone: ()

Fax: ()

Nome:

Endereço:

Cidade:

Estado:

Código postal:

País:

Programa de troca Sim Não

Número de série do processador

sonoro de substituição:

Observação: Para oferecer a você o melhor serviço possível, os processadores de som Neuro 2 e Neuro One com defeito são tratados apenas através do programa de troca padrão.

Garantia

- Dentro da garantia
 Fora da garantia
 Desconhecido

Serviço de atendimento ao cliente local – detalhes para contato

* Informações necessárias

Para mais informações, entre em contato com o serviço ao cliente ou seu distribuidor Oticon Medical local. Os detalhes para contato estão disponíveis no site.