

DATE :

CACHET :

RÉPARATIONS  
CONTOURS

Merci de mentionner dans le tableau ci-dessous les aides auditives + leurs éventuels accessoires que vous souhaitez faire réparer. **NB** : Merci de **ne pas** envoyer vos dômes personnalisés et/ou Tiroirs Pile rechargeables Z Power.

Type appareil	N° de série	Référence patient	Panne	Ne pas réinjecter les réglages
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

RÉPARATIONS  
INTRAS

Pour les Embouts (uniquement - de 3 mois)

Type appareil/coque	N° de série	Référence patient	Motif
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ACCESSOIRES

**ÉCOUTEURS, CHARGEURS, ACCESSOIRES DEX**  
Seuls les accessoires sous garantie seront échangés.

Type accessoire	N° de série	Référence patient	Type accessoire	N° de série	Référence patient
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

RETOURS DÉPÔTS/AVOIR

Cocher la case concernée.  
Précisez le motif.

Type appareil	N° de série	Motif	Retour dépôt	Retour avoir
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>