

Formulaire de Reclamation de Perte

Form 36



L'Audioprothésiste/Distributeur	
Expédier à No. de compte: _____ No. de tél.: () _____ Nom de la compagnie: _____ Adresse: _____ Ville: _____ Province: _____ Code Postal: _____	Facturer à No. de compte: _____ No. de tél.: () _____ Nom de la compagnie: _____ Adresse: _____ Ville: _____ Province: _____ Code Postal: _____
Information du Client Nom de Famille: _____ Prénom: _____ Date de Naissance: ____ / ____ / ____ JJ MM AA	Information sur l'instrument Modèle: _____ No. de série: _____ Ecouteur /Grandeur de tube: _____ No. De série de l'embout: _____
Type de réclamation (obligatoire): <input type="checkbox"/> PROGRAM FEDERAL <input type="checkbox"/> REGIE <input type="checkbox"/> CNESST <input type="checkbox"/> WSIB <input type="checkbox"/> WORK SAFE BC <input type="checkbox"/> WCB-AB <input type="checkbox"/> WCB-SK <input type="checkbox"/> WCB-MB <input type="checkbox"/> MANITOBA HEALTH <input type="checkbox"/> WCB-YK <input type="checkbox"/> WHS EAST COAST <input type="checkbox"/> EASTERN HEALTH <input type="checkbox"/> ODSP <input type="checkbox"/> OTHERS	
No. de reclamation (obligatoire): _____	

Veuillez-vous référer à notre catalogue de prix et politique pour notre police de garantie.

L'utilisateur (ou la personne responsable) doit lire et signer ce qui suit:

"Je _____, déclare que les informations ci-haut sont vrais et exactes. Je comprends que si l'instrument perdu est plus tard retrouve, le remplacement qui m'a été remis doit être immédiatement retourné chez Phonak Canada :

Signature: _____ Date: _____

SIGNEZ & TÉLÉCOPIEZ À :

905-677-7536 ou
Sans Frais: 1-800-814-5799