

# 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):**  PROGRAM FEDERAL  REGIE  CNESST  WSIB  WORK SAFE BC

WCB-AB  WCB-SK  WCB-MB  MANITOBA HEALTH  WCB-YK  WHS EAST COAST  EASTERN HEALTH

ODSP  OTHERS

### No. de réclamation (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 ce-haut sont vrais et exactes. Je comprends que si l'instrument perdu est plus tard retrouvé, 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