



Bon de Réparation & Retour

Cachet du Centre

Référence

Date de l'envoi : .. / .. /

Réf. Patient :

Modèle :

Numéro de série

OD :

OG :

- Appareil sous garantie
- Demande de devis si hors formules A, B, C, E (voir CGV SAV)
- Faire la réparation sans devis
- Me contacter à réception

Personne à contacter :

Téléphone :

Email :

Observations :

.....

Problème d'électronique

- BTE ITE FM
- Télécommandes/Accessoires (DWA)

	OD	OG	
BTE-ITE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Révision générale
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ecouteur CRT défectueux
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muet
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Faible
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fluctuation du gain
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parasites/Grésillements
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Souffle/Bruit de fond
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Faux contact
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intermittent
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Distorsion
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Larsen interne
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Surconsommation
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Défaut de lecture
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bouton de contrôle défectueux
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bobine d'induction	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Boitier cassé	
DWA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Liaison Appareil/Télécommande
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Liaison Appareil/Accessoire
FM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nouvelle Fréquence FM : H....
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rajouter d'autres fréquences
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sabot Audio Défectueux
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pas de signal FM
AUTRES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Portée trop courte
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez :

Problème de coque

Pour toute modification de la coque, (indiquée ci-dessous par une *), joindre une nouvelle empreinte

	OD	OG	
Modifications Coques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ACA trop visible
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conduit trop long*
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conduit trop court*
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coque trop grosse*
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ajouter épaulement*
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Supprimer épaulement
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sablage
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquage souple
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agrandir Event
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Réduire Event
Options	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Supprimer Event
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Faire Event AOV* <small>(produits CORE seulement)</small> Joindre une audiométrie tonale
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coque cassée*
AUTRES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rajouter fil d'extraction
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Changement pare-cérumen Type :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coque douloureuse Indiquez le point douloureux	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez :	



- Retour Pour Avoir
 Prêt/Dépôt

Motifs du retour

Perception et Qualité :

- Acoustique/Qualité du son
- Fonctionnalités
- Esthétique
- Confort et maintien dans/sur l'oreille
- Fiabilité

Commande :

- Erreur de commande
- Sur-stock/dépôt
- Echange

Contraintes liées à l'utilisateur :

- Raison médicale / décès
- Adéquation entre le modèle et le budget du patient
- Autres. Précisez :

.....

