

FECHA DE ENVÍO: ..... FECHA DE ENTRADA: .....

CLIENTE: .....	MODELO: .....
CALLE: .....	Nº SERIE: .....
POBLACIÓN: .....	OÍDO: DER IZQ BINAURAL
C. P.: ..... TEL.: .....	MARCA: .....
REFERENCIA: <span style="background-color: yellow; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>	GARANTÍA: SI NO
	PRESUPUESTO: SI NO IMPORTE: <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 50px; height: 15px;"></span>

Textos negros a rellenar por el Cliente

REPARACIÓN	
POCA POTENCIA	DEMASIADA POTENCIA
DISTORSIÓN	RUIDO
INTERMITENTE	MUDO
NO SE PUEDE PROGRAMAR	SE DESPROGRAMA
SONIDO GRAVE	SONIDO AGUDO
PARTE ROTA	POCA CLARIDAD
CONSUMO EXCESIVO	REALIMENTA
HORAS .....	DÍAS .....

REAJUSTE			
ES NECESARIO ENVIAR IMPRESIONES NUEVAS			
<b>ADAPTACIÓN</b>			
ANTIESTÉTICO			
MOLESTA:	CANAL LARGO	CANAL ANCHO	ADAPTAR HELIX
	CAMBIO OÍDO	CAUSA ALERGIA	OTROS
<b>FEEDBACK</b>			
CARCASA PEQUEÑA		AJUSTA MAL	
OTROS .....			

OTROS: .....

.....

.....

.....

ENVIADO CON:	ESTUCHE	IMPRESIONES	AUDIOMETRÍA
--------------	---------	-------------	-------------

Textos rojos a rellenar por GN ReSound

PIEZAS SUSTITUIDAS	
<input type="checkbox"/>	AURICULAR .....
	MICRÓFONO .....
	CONTROL .....
	CONTROL DE VOLUMEN .....
	AMPLIFICADOR .....
	PORTAPILAS .....
	CARCASA .....
	PEQUEÑAS PIEZAS .....
	.....
	.....
	.....

OPERACIONES REALIZADAS	
FILTRO OBSTRUIDO	BAÑO ANTIDESLIZANTE
LIMPIEZA	CAMBIO DE CARCASA
MOD. RESPUESTA/POTENCIA	PEGAR CARCASA
AJUSTAR CONTROLES	ENGROSAR CARCASA
MICRÓFONO OBSTRUIDO	RETOCAR CARCASA
AURICULAR OBSTRUIDO	SUPRIMIR VENTING
REVISIÓN GENERAL	ADAPTAR VENTING
COMENTARIOS:	ADAPTAR HELIX
	.....
	.....
	.....

Para cualquier información facilite el número de esta hoja.  
 Todas las reparaciones GN ReSound tienen tres meses de garantía desde la fecha indicada en este impreso, de los materiales reemplazados.  
 La garantía cubrirá toda reparación referente a fallos del propio aparato y no a problemas que se deban al mal trato o mal uso del mismo.