

Hoja de Servicio



Enviar a:

apoplex medical technologies

Muntaner, 340, 1º 1ª

08021 Barcelona

Nº- ADM: _____

Número de cliente _____

Nombre/Consultorio/Clinica _____

Contacto _____

Calle _____

Código postal, ciudad _____

Nº Teléfono _____

E-mail _____

Número de factura _____

Fecha de factura _____

Información del dispositivo _____

Tipo/Descripción _____

Número de serie _____

Por favor, introduzca número de ADM (Autorización Devolución Mercancia). Lo puede obtener llamando al número 931147554

Para devoluciones de todo tipo, utilice esta hoja de servicio ya que acelera la asignación y el procesamiento de la solicitud. Se aplican nuestros Términos Generales de Servicio. Puede encontrar el detalle en la parte posterior o en nuestro sitio web (www.apoplexmedical.es).

Envío solo por paquete asegurado. apoplex medical technologies no asume ninguna responsabilidad en devoluciones no entregadas. El paquete deberá estar correctamente franqueado, de lo contrario no será aceptado.

Error (descripción)

Motivo de la devolución

Error (en caso de defecto)

¿Con qué frecuencia se produce el error?

Defectuoso

No empieza la grabación

Constantemente

Entrega equivocada

La grabadora no se carga

Esporádicamente

Otro

Los datos de ECG no se registran

Después de ___ minutos

Otro

Descripción exacta del error (por favor indique siempre en caso de error) o comentarios adicionales:

Por favor envíe los siguientes componentes

• Registrador de ECG • Cargador • Tarjeta(s) de memoria • Lector de tarjetas

• Cable de ECG • En caso de problemas con la calidad de la señal, electrodos

Solicitud reglamentaria

Reparaciones en garantía Reparación pagada Revisión pagada

Préstamo por la duración de la reparación (gratis en garantía, en todos los demás casos 59,50€ envío incluido)

Precios incluyen IVA.

¿Ha pensado en todo?

ADM introducido Descripción completa del fallo Accesorios adjuntados

¡Por favor, no olvide firmar! A continuación, confirmamos las condiciones de servicio de Apoplex Medical Technologies

Lugar-Fecha

Firma del remitente

¡Atención! Antes de cualquier reparación verificaremos su solicitud de garantía y le informaremos sobre posibles costes.

A completar por apoplex medical technologies

Entrada de mercancías en: _____ Editor: _____

Completo: Sí No

Garantía: Sí No Motivo _____

Acciones

Reparación pagada Garantía Canjeable Terminado