

Formulaire pour maintenance et réparation

Envoyer à : **Art Source Medical Sagl**, via La Santa 17, 6962 Viganello, Lugano (TI)

INFORMATIONS DU CLIENT

Nom et Prénom

Adresse

Localité

NPA

Canton

Téléphone

Mail

MODES DE PAIEMENT

Virement bancaire

Titulaire : **Art Source Medical Sagl**
Motif : **Wartung**
IBAN : **CH633000524724627201P**
Banque : **UBS**

Carte de crédit

PayPal

Indiquer l'adresse e-mail pour la demande de paiement.

INFORMATIONS SUR L'APPAREIL

Type

Modèle

Numéro de série

DÉFAUT CONSTATÉ

ATTENTION : Veuillez envoyer l'appareil sans accessoires et dans un emballage adapté au transport afin d'éviter les dommages causés par le transporteur. Si la réparation de l'appareil et d'un ou plusieurs accessoires est nécessaire, incluez uniquement ces composants dans le colis.

ACCESSOIRES INCLUS DANS LE COLIS

Batterie - N° de série :

Trasformatore

Sac de transport

Câble DC

Autres :

DOCUMENTS À JOINDRE : Carte d'assurance maladie

Si le formulaire et les documents requis ne sont pas envoyés, le dossier ne sera pas accepté