

BON DE REPARATION

Cachet

Date :

PATIENT	<u>NOM</u> :	APPAREIL	<u>Marque</u> :
	<u>Prénom</u> :		<u>Modèle</u> : <u>N° de série</u> Droit : Gauche :

PANNES	Arrêt intermittent	☐ D ☐ G	Grésillements / Parasites	☐ D ☐ G	Refonte de coque	☐ D ☐ G
	Boitier cassé	☐ D ☐ G	Larsen interne	☐ D ☐ G	Révision complète	☐ D ☐ G
	Distorsion	☐ D ☐ G	Muet	☐ D ☐ G	Sonorité métallique	☐ D ☐ G
	Faible	☐ D ☐ G	Pare cérumen : (préciser le type)	☐ D ☐ G	Souffle / Bruit de fond	☐ D ☐ G
	Faux contact	☐ D ☐ G	Pas d'amplification	☐ D ☐ G	Surconsommation	☐ D ☐ G
	Fil d'extraction	☐ D ☐ G	Programmation impossible	☐ D ☐ G		
	Autres :					☐ D ☐ G

DEVIS	☐ D ☐ G
A REPARER	☐ D ☐ G

OBSERVATIONS :