

BON DE REPARATION APPAREIL AUDITIF

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

DEVIS	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
A REPARER	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G

Si vous souhaitez un retour transporteur **AD VALOREM**,
merci de nous indiquer la valeur de l'appareil en € :

Droit
Gauche

OBSERVATIONS :