

Reparatur-/Modifikationsauftrag

Für RIC/HDO/IDO/Otoplastiken

Kommission / Auftragsnummer _____

Gerätetyp _____

Gerätenummer _____

Kontaktperson _____

Frau Herr

Tel./Fax _____

Termin

Mitgeliefert wird:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Etui | <input type="checkbox"/> Neue Hohlschale |
| <input type="checkbox"/> Batterie / Akku | <input type="checkbox"/> Audiometrische Daten |
| <input type="checkbox"/> Ohrpassstück | <input type="checkbox"/> Vergleichsgerät |
| <input type="checkbox"/> Neue Ohrabformung | <input type="checkbox"/> Otoplastik |

Lieferanschrift

Auftrag zur:

- Reparatur / nachträgliche Änderungen
- Schalenmodifikation / Abstützung nachträglich
Bitte Ohrabformung mitschicken!

Bitte geben Sie uns eine ausführliche Fehlerbeschreibung. _____

Bitte markieren Sie die Schalenmodifikation an diesen Zeichnungen.



Internes Textfeld. Bitte nicht beschreiben. _____

