



## AYUDANOS A SERVIRLE MEJOR

Formulario de requisiere de reparación

**POR FAVOR DESINFECTAR EL EQUIPO D ANTES DE ENVIAR REPARACIÓN**

Este instrumento ha sido: ( ) Limpiado ( ) Desinfectado ( ) Esterilización en gas (Compruebe aplicable)

Por favor complete este formulario y adjuntarlo con el instrumento que requiere reparación. Utilizando este formulario para expedir el servicio de reparación.

**ENVIAR A:**

830 Fesslers Parkway Suite 106

Nashville, TN 37210

615) 831- 5268 (800) 394-9822

No dude en contactar con nosotros respecto a cualquier pregunta de Servicio, Soporte, Tecnico y / o instrucciones de envío.

FECHA \_\_\_\_\_ P.O. # \_\_\_\_\_

MODELO \_\_\_\_\_ SERIAL \_\_\_\_\_

PROBLEMAS CON EL EQUIPO \_\_\_\_\_

OTROS ARTÍCULOS  
EN LA MALETA

### DIRECCIÓN DE ENVIO

NOMBRE de la CLINICA \_\_\_\_\_

ATENCIÓN: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

CIUDAD, CODIGO \_\_\_\_\_

POSTAL \_\_\_\_\_

### DIRECCIÓN DE FACTURACIÓN:

HOSP/CLINIC NOMBRE \_\_\_\_\_

ATENCIÓN: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

CIUDAD, CODIGO \_\_\_\_\_

POSTAL \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE EXPEDICIÓN DE SERVICIOS

Matlock Endoscópica está autorizado para realizar la reparación hasta:

Hasta \$500  Hasta \$1,500  Hasta \$2,500  Hasta \$3,500  Otra valor aprobado: \$ \_\_\_\_\_  Llamar

Nombre de la persona que aprueba esta reparación \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Extensión \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

**PERSONA DE CONTACTO FAMILIARIZADO CON ESTE EQUIPO:**

NOMBRE \_\_\_\_\_ TEL # \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_