



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 _____