



GARANTIE ET FORMULAIRE D'ÉLIGIBILITÉ DE SONOLAB

GARANTIE & POLITIQUE D'ÉLIGIBILITÉ DE SONOLAB

LES PROTECTIONS AUDITIVES SUR MESURE SONOLAB V5 SONT GARANTIES POUR UNE PÉRIODE DE DEUX ANS À PARTIR DE LEUR MISE EN PLACE À CONDITION QUE VOUS AYEZ REMPLI ET ENVOYÉ CE FORMULAIRE PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE À : admin@sonolab.com OU DIRECTEMENT PAR LA POSTE À SONOLAB LTD, MAPLE HOUSE, HAMLIN WAY, KING'S LYNN, NORFOLK, PE30 4NG, ROYAUME-UNI. SUR RÉCEPTION DE CE FORMULAIRE, SONOLAB VOUS ENVERRA CONFIRMATION DE LA GARANTIE DE 2 ANS DE VOS PROTECTIONS AUDITIVES SONOLAB V5

NOM	
ENTREPRISE* (LE CAS ÉCHÉANT)	
FOURNISSEUR INITIAL	
ADRESSE DE DOMICILE	
CODE POSTAL	
PAYS	
No de CONTACT	
ADRESSE ÉLECTRONIQUE	
DATE DE NAISSANCE	

EN CAS DE PRODUCTION EXCESSIVE DE CÉRUMEN, VEUILLEZ CONSULTER VOTRE OTORHINOLARYNGOLOGISTE OU MÉDECIN TRAITANT POUR L'EXTRAIRE AVANT LA MISE EN PLACE

	OUI	NON	SI OUI DONNER UNE BRÈVE DESCRIPTION
1. SOUFFREZ-VOUS D'UN TROUBLE DES OREILLES ?			
2. AVEZ-VOUS JAMAIS ÉTÉ OPÉRÉ DES OREILLES ?			(si oui, vous devez consulter votre médecin traitant)
3. SOUFFREZ-VOUS DE PROBLÈMES DE SANTÉ POUVANT VOUS EMPÊCHER D'UTILISER DES BOUCHONS D'OREILLE ?			

CODE DE LOT DE PRODUIT/NUMÉRO DE LOT (imprimé sur le couvercle plastique transparent de l'emballage et commence avec les lettres BO....)	
---	--

Je soussigné, le bénéficiaire, comprends que les réponses fournies ci-dessus sont correctes à ma connaissance et je consens au moulage de bouchons d'oreilles sur mesure Sonolab V5

SIGNATURE DU BÉNÉFICIAIRE

SIGNATURE DU TECHNICIEN

NOM DU BÉNÉFICIAIRE

NOM DU TECHNICIEN