

Kundeinformation:

Ordrenummer:

Klinik/Virksomhed
/Organisation:

Afdeling:

Retur

Adresse:

By & Postnr:

Attn & tlf:

Kontaktperson/bruger

Navn på
kontaktperson:

Tlf til kontaktperson:

E-mail til
kontaktperson:

Navn på
bruger:

Tlf til
bruger:

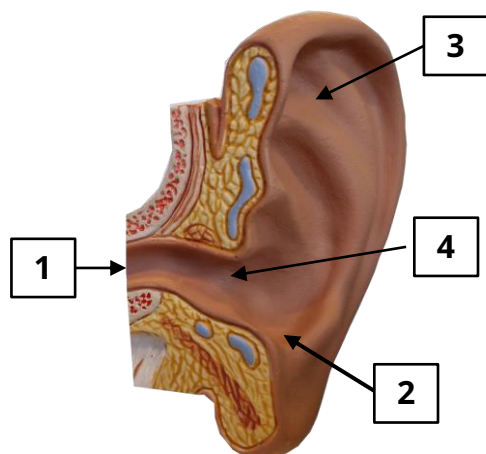
E-mail på
bruger:

Vejledning

Brugeren har læst og forstået brugsanvisningen.

Reklamation:

Hvis der er problem med pasform eller gene i/ved øret,
kryds felterne af som er svarende til hvad/hvor genen er.



Høreværnet følte**s** løs:

	Venstre	Højre
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Høreværnet **tryk**ker:

	Venstre	Højre
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beskrivelse af reklamation:

Forsendelse

Reklamationsseddel udfyldes og sendes som vedhæftet fil til reklamation@audiovox.dk
Hvis der er behov for reparation kontaktes du af Audiovox ApS