

## DECLARATION DE SINISTRE

Endoscopes rigides

*Afin de nous permettre de répondre au mieux à vos attentes, nous vous prions de bien vouloir remplir le formulaire ci-dessous et de le joindre à l'endoscope à renvoyer.*

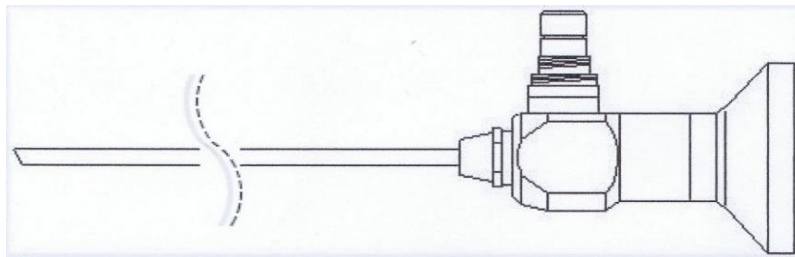
**APPEL D'URGENCE: 052/77.93.00**

Date	_____	Marque	_____
Client	_____	Type	_____
Service:	_____	N° de série	_____
Personne resp.	_____	N° de l'ordre	_____
N° de l'offre	_____		

L'endoscope est-il DESINFECTE?  OUI  NON

Merci de joindre une preuve de décontamination

**INDIQUEZ OÙ SE SITUE LE PROBLÈME et/ou  
COCHEZ CE QUI Y CORRESPOND LE MIEUX**



- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Image flou        | <input type="checkbox"/> Corps endommagé           |
| <input type="checkbox"/> Lentilles cassées | <input type="checkbox"/> Flux lumineux insuffisant |
| <input type="checkbox"/> Embout endommagé  | <input type="checkbox"/> Oculaire endommagé        |

Remarques ou souhaits concernant cette réparation:

**Optique de prêt:**

**Remarques:**

**En signant, vous déclarez d'accepter les conditions d'utilisation (voir annexe)**

Nom & signature pour accord:

Endo Projects

Client: \_\_\_\_\_