

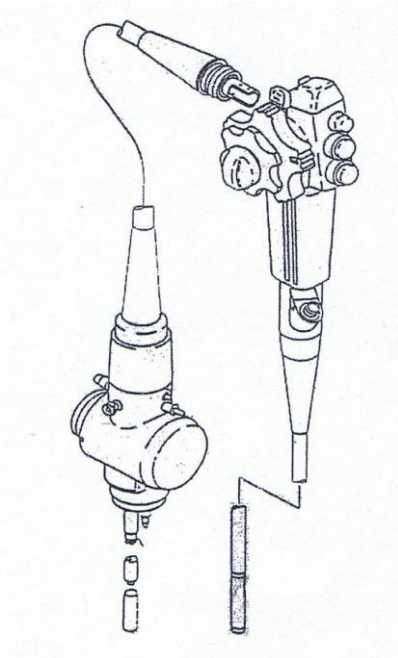
Afin de nous permettre de répondre au mieux à vos attentes, nous vous prions de bien vouloir remplir le formulaire ci-dessous et de le joindre à l'endoscope à renvoyer.

APPEL D'URGENCE: 052/77.93.00

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

L'endoscope est-il DESINFECTÉ? OUI NON

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



- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fuite | <input type="checkbox"/> Caoutchouc de cardan |
| | <input type="checkbox"/> Canal à biopsie |
| | <input type="checkbox"/> Autres: |
| <input type="checkbox"/> Obstruction | <input type="checkbox"/> Canal à biopsie |
| | <input type="checkbox"/> Canal d'aspiration |
| | <input type="checkbox"/> Canal air/eau |
| <input type="checkbox"/> Câble de béquillage | <input type="checkbox"/> Détaché |
| | <input type="checkbox"/> Cassé |
| <input type="checkbox"/> Endommagement de manteau | |
| <input type="checkbox"/> Mécanisme d'ascenseur cassé | |
| <input type="checkbox"/> Problème d'image | |
| <input type="checkbox"/> Autres | |

Remarques: _____

Endoscope de prêt:

Remarques:

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

Nom & signature pour accord:

Endo Projects

Client: _____