

DECLARATION DE SINISTRE

Sonde d'echo

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.

Date _____
Client _____
Service _____

Personne resp. _____
Bon de réparation _____
N° de l'offre _____

Identification de la sonde d'écho:

Marque _____
Type/Modèle _____
N° de série _____
N° interne _____

Identification du type d'échographe:

Marque _____
Type/Modèle _____

Description de la panne ou du dommage identifié:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Membrane endommagée | <input type="checkbox"/> Câble détérioré |
| <input type="checkbox"/> Verrouillage connecteur détérioré | <input type="checkbox"/> Cône d'ombre est visible |
| <input type="checkbox"/> Broches de connecteurs cassées | <input type="checkbox"/> Boîtier endommagé |
| <input type="checkbox"/> Manchette endommagée | |

Autres problèmes ou souhaits concernant cette réparation:

Sonde de prêt:

Remarques:

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

Nom & signature pour accord:

Endo Projects

Client: _____