

Kod Zlecenia: _____ Nazwa Firmy: _____ Data Zamówienia: _____ Data Odbioru: _____
 Adres do Wysyłki: _____ Numer Zamówienia: _____
 Zamawiający: _____ Telefon kontaktowy: _____ E-mail: _____ Usługa VIP*

Formularz Zamówienia Wkładki Usznej i Aparatu Wewnętrzznego

Typ zlecenia:

Wkładka

Aparat wewnętrzny

Rodzaj Zamówienia	L	P
Nowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reklamacja ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naprawa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korekta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Użyć wcześniejszej zeskanowanego wycisku ² Tak

Ubytek słuchu	L	P
Lekki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umiarkowany	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Znaczący	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Głęboki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Audiogram	Ucho	250	500	1K	2K	4K	6K
	L						
	P						

Zlecenia specjalne prosimy dopisać na dole strony - Instrukcje Specjalne.

¹ Do reklamacji z powodu problemów z dopasowaniem produktu zalecamy dostarczyć nowy wycisk razem ze zleceniem.

² Użyć poprzedniego skanu: numer wcześniejszego zlecenia: _____

Konfiguracje		L	P
Materiał	Twarda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Miękka 25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Miękka 40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Miękka 60	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Długość trzpienia	Krótki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Standard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Długi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rodzaj wkł. RIE	Mikrowkładka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mikrowkładka z podparciem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rodzaj wkł. Thin Tube	Mikrowkładka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mikrowkładka z podparciem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





Sluchawka RIE (I gen.)	S	HP2	UP
Lewa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prawa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sluchawka RIE (SureFit)	LP	MP	HP	UP
Lewa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prawa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wkładka BTE	Koreczek	Koreczek z podparciem	Pełna	Ażurowa	Pazur	Podwójny Pazur
Lewa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prawa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zatyczka przeciwwodna	Koreczek	Pełna
Lewa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prawa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mikrowkładki	
Wkładka pełna	<input type="checkbox"/>
Wkładka wybrana	<input type="checkbox"/>

Kolanka		
<input type="checkbox"/>		Podstawowe
<input type="checkbox"/>		Z kołnierzem
<input type="checkbox"/>		Mini
<input type="checkbox"/>		Dźwiękowiedzkie

Wentylacja	L	P
Brak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0,8 mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1,0 mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1,2 mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1,4 mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1,6 mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1,8 mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2,0 mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3,0 mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otwarta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Własna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

UWAGI I INSTRUKCJE SPECJALNE

Kolory		
Twarde Akrylowe	Wkładki Miękkie	Wkładki Przeciwwodne
<input type="checkbox"/> Przezroczysty	<input type="checkbox"/> Różowy przezroczysty	<input type="checkbox"/> Niebieski
<input type="checkbox"/> Różowy przezroczysty	<input type="checkbox"/> Przezroczysty	<input type="checkbox"/> Czerwony
<input type="checkbox"/> Beżowy		

Inne kolory dostępne po kontakcie telefonicznym.

Uwaga: Kolory widoczne na ekranie lub po wydrukowaniu mogą nie odzwierciedlać prawdziwych odcieni. W celu uzyskania próbnika kolorów proszę skontaktować się ze swoim Opiekunem Klienta.

APARAT WEWNĄTRZUSZNY	
Model: _____	
Typ:	Moc słuchawki:
<input type="checkbox"/> IIC	<input type="checkbox"/> LP
<input type="checkbox"/> CIC	<input type="checkbox"/> MP
<input type="checkbox"/> ITC	<input type="checkbox"/> HP
<input type="checkbox"/> ITE	<input type="checkbox"/> UP
<input type="checkbox"/> MiH	
<input type="checkbox"/> INNE (opis w uwagach)	
Opcje:*	
<input type="checkbox"/> Przycisk zmiany programów	
<input type="checkbox"/> Potencjometr (VC)	
<input type="checkbox"/> Przeciwpazur	
<input type="checkbox"/> Dwa mikrofony	
<input type="checkbox"/> Łączność bezprzewodowa (WL)	
<input type="checkbox"/> Gumowanie	

Wykonanie aparatu w tym montaż dodatkowych opcji zależy od fizycznych możliwości takich jak wielkość ucha pacjenta.



GNP Magnusson Aparatura Medyczna, Al. Obrońców Tobruku 1/1, 10-092 Olsztyn
 Telefon: +48 89 651-06-82, E-mail: serwis@resound-polska.pl, www.resound-polska.pl

WYŚLIJ WYPEŁNIONY FORMULARZ ZAMÓWIENIA