



**DEMANDE DE SERVICE**

Nom de la clinique: \_\_\_\_\_ Personne contact: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_

IMPORTANT: Numéros de téléphone **ACTIF**: \_\_\_\_\_

*We will use this phone number to contact you about the repairs.*

Courriel: \_\_\_\_\_

# compte DiaTec: DT - \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Type de service requis:** Réparation sur garantie  Réparation hors garantie  Calibration

Modèle de l'appareil: \_\_\_\_\_ Numéro de Série: \_\_\_\_\_

**Pièces et accessoires envoyés avec l'appareil:**

Cordon d'alimentation  Écouteurs intra  Écouteur supra  Vibreur osseux  Micro de cabine   
Micro-casque moniteur  Sonde  Autres (SVP préciser ci-bas)

**Service requis / Description du problème rencontré:**

---

---

---

---

---

- SVP inclure tous les transducteurs utilisés avec l'appareil de façon à ce que l'on puisse diagnostiquer l'origine du problème et en trouver la cause.
- SVP nous indiquer si vous désirez que la calibration annuelle soit faite en même temps que la réparation par notre atelier de service. (Tous les transducteurs doivent être inclus)
- Afin qu'il n'y ait pas de dommages Durant l'expédition de votre appareil, SVP emballer l'appareil dans sa boîte originale et bien emballer le tout avec du papier bulle ou autre protection.
- ***Inclure une copie de ce document dans la boîte!***

**Expédier à:**  
DiaTec Canada - Service Department  
11-500 Trillium Dr.  
Kitchener, ON N2R 1A7

**Audioscan Expédier à:**  
Audioscan Service  
20 Ludwig St.  
Dorchester, Ontario N0L 1G4