

Fecha de expediente: _____

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE GARANTÍA MATERIAL A 3 AÑOS

Custom Protect Ear, Unit 681 – 7789 - 134th St., Surrey, BC, V3W 9E9 Canada | Email: warranty@protectear.com.

POR FAVOR, DEVUELVA SU(S) PROTECTOR(ES) AUDITIVO(S) AL PRESENTAR UN FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE GARANTÍA.

ES OBLIGATORIO QUE TENGAMOS SU (S) PROTECTOR(ES) ACTUAL(ES). TENERLOS NOS AYUDA A REEVALUAR NUESTROS PROCESOS DE FABRICACIÓN COMO PARTE DE NUESTRA GARANTÍA DE CALIDAD ISO 9001. SOLO COLOQUE SU(S) PROTECTOR (ES) PARA GARANTÍA EN UN SOBRE SEGURO Y ENVÍELO DIRECTAMENTE A CUSTOM PROTECT EAR ADJUNTANDO SU FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE GARANTÍA.

(FAVOR DE IMPRIMIR)

NOMBRE: _____

EMPLEADO: _____

TELÉFONO: _____

CONTACTO: _____

DIRECCIÓN DE ENVÍO: EMPLEADO CLIENTE REP.

FECHA DE NACIMIENTO: _____

NÚMERO DE SERIE: _____

COLOR: _____

ESTILO: _____

REPRESENTANTE: _____

(SOLO PARA USO INTERNO)

PROTECTORES ANTERIORES DEVUELTOS:

SI NO

UNIDO AL ANTERIOR: IZQUIERDA DERECHA

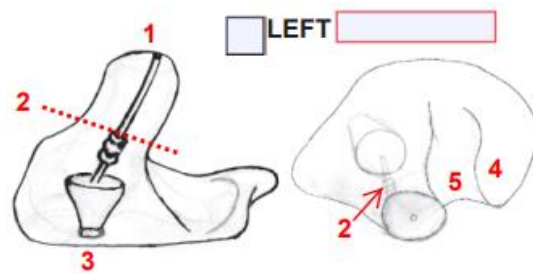
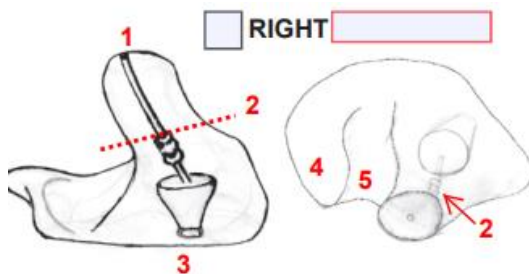
NOTA IMPORTANTE: NUESTRA GARANTÍA DE MATERIAL NO CUBRE LA SALIDA DE LOS ANCLAJES METÁLICOS DEL BLOQUEADOR DE DB O LA ROTURA DEL CABLE PORQUE REMOVER SUS BLOQUEADORES DE DB DE ESA MANERA PODRÍA DAÑAR SUS TÍMPANOS.

POR FAVOR, INDIQUE EN LOS DIAGRAMAS DONDE:

EL SILICON ESTÁ ROTO: EN EL CANAL EN EL HÉLIX EN EL CUERPO EN EL ACCESORIO

OTRO: _____

Por favor escriba el número correspondiente de área(s) afectada (s) en el/los cuadro(s) rojo(s):



FECHA ORIGINAL: _____
FECHA DE REVISIÓN: _____
REVISADO POR: _____
FECHA DE RECIBIDO: _____
PUBLICADO: _____
NUEVA ORDEN #: _____

EXPEDIENTE #: _____

DISPOSICIÓN: REHACER CON NUEVAS IMPRESIONES
 REHACER CON EL MOLDE ORIGINAL
 REPARAR
 OTRO: _____

ENVIADO: _____