

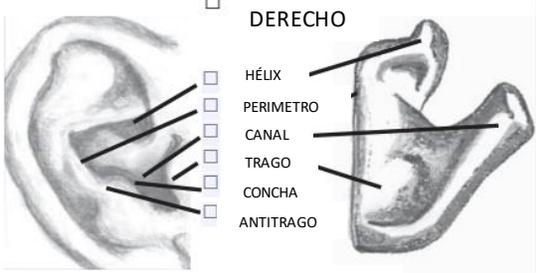
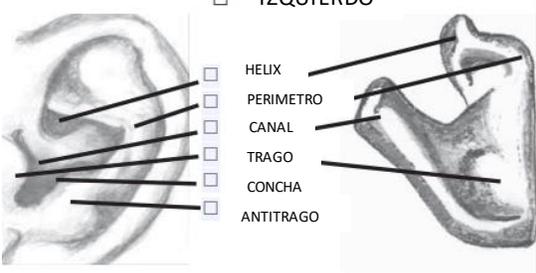
## FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE GARANTÍA DE 90 DÍAS

Fecha de Expediente: \_\_\_\_\_

Custom Protect Ear, Unit 681 – 7789 134 St, Surrey, BC, V3W9E9 Canada Email: [warranty@protectear.com](mailto:warranty@protectear.com)

AL INGRESAR UN FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE GARANTÍA, FAVOR DE DEVOLVER SU(S) PROTECTOR(ES) AUDITIVO(S) Y SUS IMPRESIONES ETIQUETADAS EN CASO DE SER APLICABLE. ESTA INFORMACIÓN NOS AYUDA A PRODUCIR UN MEJOR AJUSTE AL PROCESAR UN PROTECTOR INDIVIDUAL. ES MENESTER QUE TENGAMOS SUS MEDIDAS ACTUALES PARA HACER LAS ADAPTACIONES CORRESPONDIENTES. SOLO ENVÍE DIRECTAMENTE SU(S) PROTECTOR (ES) A CUSTOM PROTECT EAR EN UN SOBRE SEGURO Y ADJUNTE EL FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE GARANTÍA.

(FAVOR DE IMPRIMIR) NOMBRE: _____	FECHA DE NACIMIENTO      DÍA/ MES / AÑO _____
EMPLEADO: _____	NÚM. DE SERIE: _____
TELÉFONO: _____	COLOR: _____
CONTACTO: _____	ESTILO: _____
DIRECCIÓN DE ENVÍO:      EMP. <input type="checkbox"/> REP. <input type="checkbox"/> CLI <input type="checkbox"/>	REPRESENTANTE: _____
_____ _____ _____	<b>(SOLO PARA USO INTERNO)</b> <b>PROTECTORES ANTERIORES DEVUELTOS:</b> <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <b>APLICA AL ANTERIOR:</b> <input type="checkbox"/> IZQUIERDO <input type="checkbox"/> DERECHO

<input type="checkbox"/> <b>EL (LOS) PROTECTOR(ES) ROMPE(N) EL SELLO CON MOVIMIENTO DE LA CABEZA O LA MANDÍBULA</b> <input type="checkbox"/> <b>EL (LOS) PROTECTOR(ES) NO SELLA(N)</b> <input type="checkbox"/> <b>EL (LOS) PROTECTOR(ES) ES/SÓN INCÓMODO(S)</b> <i>(INDICAR EN EL DIAGRAMA)</i> COMENTARIOS ADICIONALES: _____ _____ _____ REQUIERA ACABADO: <input type="checkbox"/> REQUIERE AJUSTE: <input type="checkbox"/> REMODELAR: <input type="checkbox"/> <div style="background-color: black; color: white; text-align: center; padding: 2px;"><b>CAMPO DE AJUSTE:</b></div> <input type="checkbox"/> CANAL <input type="checkbox"/> TRAGO <input type="checkbox"/> CONCHA <input type="checkbox"/> HÉLIX <input type="checkbox"/> CRUS <input type="checkbox"/> ACABADO <input type="checkbox"/> CHANGED FILTERS TO: _____	<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;"><input type="checkbox"/> <b>DERECHO</b></div>  <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"><input type="checkbox"/> <b>IZQUIERDO</b></div> 
--	---

<div style="background-color: black; color: white; text-align: center; padding: 2px;"><b>(SOLO PARA USO INTERNO)</b></div> FECHA ORIGINAL: _____ FECHA DE REVISIÓN: _____ REVISADO POR: _____ FECHA DE RECIBIDO: _____ PUBLICADO: _____ NUEVA ORDEN #: _____	<div style="background-color: #90EE90; text-align: center; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"><b>GUARDAR COMO</b></div> EXPEDIENTE# _____ NUEVO NÚM. DE SERIE: _____ DISPOSICIÓN: <input type="checkbox"/> REHACER CON NUEVAS IMPRESIONES <input type="checkbox"/> REIMPRIMIR CON EL MOLDE ORIGINAL <input type="checkbox"/> AJUSTE <input type="checkbox"/> ACABADO <input type="checkbox"/> OTRO: _____ ENVIADO: _____
---	--