

Formulario de reclamación producto en garantía

Para ser enviado vía correo electrónico a Arjo Iberia S.L.: sat.iberia@arjo.com

*Equipo:	_____	Ref.:	_____	*Nº de Serie:	_____
Servicio:	_____	Planta / Ala:	_____		
*Responsable:	_____	Teléfono servicio:	_____		
*Cliente:	_____				
*Distribuidor:	_____				
*Dirección:	_____				
*Teléfono:	_____	Fecha instalación:	_____		
*Persona de Contacto:	_____	Cargo:	_____		
*Fecha de lo sucedido:	__ / __ / __				
*Fecha solicitud:	__ / __ / __		<input type="checkbox"/> Mail	<input type="checkbox"/> Otro	
*Rellenado por:	_____	*Departamento:	_____		
*En el momento de la incidencia estaba un paciente en el equipo: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					

EN CASO DE OCURRIR ALGÚN ACCIDENTE CON EL PACIENTE, EL USUARIO DEBERA OBLIGATORIAMENTE CONTACTAR AL NÚMERO +34 931315999 O AL +34 654658541 EN UN PLAZO MÁXIMO DE 24 HORAS

Detalle de reclamación:	1. Bloqueado <input type="checkbox"/>	6. Fugas de vapor <input type="checkbox"/>	A. Equipo parado <input type="checkbox"/>
	2. No hace función <input type="checkbox"/>	7. Mal aislamiento <input type="checkbox"/>	B. No va función <input type="checkbox"/>
	3. Se ha quemado <input type="checkbox"/>	8. Salta alarma <input type="checkbox"/>	C. Va pero no limpia <input type="checkbox"/>
	4. Fugas de agua <input type="checkbox"/>	9. Problema mecánico <input type="checkbox"/>	D. Otros <input type="checkbox"/>
	5. Roto, golpeado <input type="checkbox"/>	10. Error usuario <input type="checkbox"/>	

*Descripción de la avería en detalle:

Para ser rellenado por Arjo:	Número TW: _____	Responsable SSU: _____
	Fecha de introducción de TW: __ / __ / __	Firma: _____

*Fecha: _____ *Firma: _____

*** Todos los campos marcados con (*) son obligatorios, este reclamo no será aceptado si estos campos no están rellenos**