

Chère cliente, Cher client,

Nous mettons tout en œuvre pour que votre Machine à injection-extraction BlueH HAGERTY puisse être réparée au plus vite. Veuillez faire en sorte que :

1. l'appareil et ses accessoires envoyés soient propres et nettoyés.
2. l'appareil envoyé soit complet (machine, tuyau, tube d'aspiration, adaptateurs sol et/ou main, etc.).
3. l'appareil et ses accessoires soient munis d'un autocollant de votre entreprise.
4. le bulletin de réparation, entièrement et bien lisiblement complété, soit dans le carton.
5. la carte de réparation (PhC 6076062) avec 24 points, entièrement et bien lisiblement complétée, soit dans le carton.
6. l'appareil soit envoyé dans le carton spécialement prévu à cet effet (PhC 1116344).
7. l'autocollant de transit Avosano (PhC 3064236), entièrement et bien lisiblement complété, soit collé sur le carton.

Qu'est-ce qui est à réparer ?

(Cocher ce qui convient svp.)

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pistolet | <input type="checkbox"/> Tube d'aspiration | <input type="checkbox"/> Adaptateur sol | <input type="checkbox"/> Adaptateur main/ameublement |
| <input type="checkbox"/> Seau | <input type="checkbox"/> Couvercle | <input type="checkbox"/> Câble électrique | <input type="checkbox"/> Tuyeau |
| <input type="checkbox"/> Fonction d'aspiration | <input type="checkbox"/> Fonction d'injection | <input type="checkbox"/> Joints | <input type="checkbox"/> Raccord pour tuyeau |

Quel adaptateur avez-vous posé dans le carton ?

(Cocher ce qui convient svp.)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Adaptateur sol | <input type="checkbox"/> Adaptateur main/ameublement |
|---|--|

N° de série de l'appareil

Veuillez noter l'objet de votre réclamation :

Adresse de l'atelier de réparation pour l'envoi :
(à reporter bien lisiblement sur l'autocollant de transit)

N° client Avosano : 16227
Gsell Motorgeräte AG, Schrofenstrasse 22, 8580 Amriswil

Adresse de l'expéditeur pour le retour :
(à compléter bien lisiblement svp.)

N° client Avosano _____

Pharmacie / Droguerie _____

Rue, n° _____

NCP / Lieu _____

Date / Signature _____

Pour toutes questions concernant la réparation de la machine veuillez-vous adresser exclusivement à Imbiex SA : 024 430 02 02

Les frais de commission et de transport vous seront facturés directement par Avosano.

NB : En cas de formulaire incomplet ou illisible la machine vous sera retournée non-réparée et à vos frais.