

# FORMULARZ ZAMÓWIENIA APARATU WEWNĄTRZUSZNEGO

# signia

Życie brzmi wspaniale.

<b>Dane klienta</b>	<b>Nr zamówienia:</b>
DATA: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
NAZWISKO, IMIĘ: _____	
WIEK: _____	
NOSIŁ APARAT: <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L MODEL: _____	<b>Zamawiający (pieczętka):</b>
Jeśli zaistniały problemy z dopasowaniem wcześniejszych aparatów prosimy o ich opisanie niżej w instrukcjach specjalnych.	

Audiometria								
<b>R</b>					<b>L</b>			
250 Hz	500 Hz	1 kHz	2 kHz	3 kHz	4 kHz	6 kHz	8 kHz	

<b>Typ aparatu</b>				<b>R</b>	<b>L</b>
<input type="checkbox"/> R		<input type="checkbox"/> L		Prosimy o przysyłanie po dwa wyciski na stronę (funkcyjny i statyczny - opisane)	
Matryca: <input style="width: 50%;" type="text"/> / <input style="width: 50%;" type="text"/>				<b>R</b>	<b>L</b>
<b>R</b>	<b>L</b>	<b>R</b>	<b>L</b>	<b>Opcje wewnętrzne</b> <input type="checkbox"/> Cewka e2e wireless <input type="checkbox"/> <b>Opcje dodatkowe</b> <input type="checkbox"/> Cewka indukcyjna (telefoniczna) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AutoPhone <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TwinPhone* <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Przełącznik programów <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Potencjometr <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mikrofon kierunkowy <input type="checkbox"/> <small>* tylko przy funkcji AutoPhone z binauralnym dopasowaniem.</small>	
<b>Wielkość</b> <input type="checkbox"/> CIC <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Półpełny (CT) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pełny, krótka cymba (IT) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pełny, długa cymba (IT) <input type="checkbox"/>	<b>Wentylacja</b> <input type="checkbox"/> Bez wentylacji <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mała (1,0 mm) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Średnia (1,6 mm) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Duża (2,0 mm) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Największa możliwa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Optivent na bazie audiogramu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Optivent na bazie podanej średnicy (mm) ..... <input type="checkbox"/>	<b>Opcje zewnętrzne</b> <input type="checkbox"/> Gumowanie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Matowanie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nacięcie do wyjmowania <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pazur podtrzymujący <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Canal Grip <input type="checkbox"/>			
<b>Wyciski</b> <input type="checkbox"/> Funkcyjny; ilość ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sterylny; ilość ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ucho wiotkie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ucho wrażliwe <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Długi kanał <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Krótki kanał <input type="checkbox"/>				<b>Aparaty wewnętrzne standardowo:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● polerowane</li> <li>● z żyłką do wyjmowania</li> <li>● z filtrem HF4</li> </ul>	
<b>Instrukcje specjalne</b>					
<b>Kolor obudowy aparatu**</b> (możliwy dłuższy czas realizacji) <input type="checkbox"/> Czerwony (przezroczysty) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Niebieski (przezroczysty) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Brązowy (nieprzezroczysty) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Uniwersalny (przezroczysty) <input type="checkbox"/> <small>** w przypadku braku zaznaczenia koloru, obudowa aparatu zostanie wykonana w kolorze standardowym.</small>					

Akustyk zamawiający _____	Data _____	Podpis _____
Nabywca składając zamówienie akceptuje aktualne Ogólne Warunki Dostaw (OWD) obowiązujące w spółce Sivantos Sp. z o.o., których treść znajduje się pod adresem <a href="http://www.sivantos.pl/owd">http://www.sivantos.pl/owd</a> lub jest dostępna na żądanie.		
Sivantos sp. z o.o. ul. Bałtycka 6, 61-013 Poznań   tel. (061) 653 68 32/34/51/54   fax (061) 653 68 59		Aparaty słuchowe  <b>SIEMENS</b>

80029 | 02.2016 Sivantos Sp. z o.o. jest licencjobiorcą znaków handlowych koncernu Siemens AG.