

טופס החזרת מכשיר שיקום

1. פרטי הלקוח			
שם מלא של הלקוח	מספר תעודת זהות	טלפון	טלפון נוסף
כתובת מלאה כולל מיקוד		כתובת מייל	
שם מחזיר המכשיר		טלפון מחזיר המכשיר	

2. סיבת החזרה	
☐ החלפת מכשיר	פרט:
☐ מעבר לאשפוז סיעודי	פרט:
☐ פטירה	
☐ אחר	פרט:

3. פרטי המכשירים שהוחזרו							
שם/סוג המכשיר	מספר סריאלי	קוד קופה	מצב המכשיר			פירוט על המכשיר במידה ואינו שלם	
			שלם	חסרים חלקים	פגום		
1.			☐	☐	☐		
2.			☐	☐	☐		
3.			☐	☐	☐		
4.			☐	☐	☐		
5.			☐	☐	☐		
6.			☐	☐	☐		
7.			☐	☐	☐		
8.			☐	☐	☐		
9.			☐	☐	☐		
10.			☐	☐	☐		
11.			☐	☐	☐		

	☐	☐	☐				12.
	☐	☐	☐				13.
	☐	☐	☐				14.
	☐	☐	☐				15.
	☐	☐	☐				16.
	☐	☐	☐				17.
	☐	☐	☐				18.
	☐	☐	☐				19.
	☐	☐	☐				20.
	☐	☐	☐				21.
	☐	☐	☐				22.
	☐	☐	☐				23.
	☐	☐	☐				24.
	☐	☐	☐				25.
	☐	☐	☐				26.
	☐	☐	☐				27.
	☐	☐	☐				28.
	☐	☐	☐				29.
	☐	☐	☐				30.
	☐	☐	☐				31.

4. חתימות		
חתימת המקבל	שם המקבל מטעם הספק	חתימת מחזיר המכשיר