



# EMIE<sup>®</sup>

ITALY

## MODULO RICHIESTA ESTENSIONE GARANZIA

**Nome e cognome**

**Azienda**

**Città**

**Provincia**

**Indirizzo**

**CAP**

**Telefono**

**Email**

**Brand**      EME Estetica                                      EME Physio                                      EME Derma

**Tipologia cliente**      Agente                                      Distributore                                      Cliente finale

**Tipologia struttura**      Azienda                                      Centro medico                                      Centro fisioterapico

Centro estetico                      Ospedale                                      Altro

---

**EME ESTETICA**  
**Modello prodotto**

**EME DERMA**  
**Modello prodotto**

Ageless

AWS Med

Echos

AWS Med Compact

Echos Desk

IPL Med

Epil Evo

RF Med

Pressomass

RF Med Plus

RF Smart Evolution

Ultracav

Rigenera 3

Vega QS

Sculpture Evo

Altro

Altro



# EME<sup>®</sup> ITALY

## EME PHYSIO Modello prodotto

Bipower Lux 12 W	Magnetomed 7200	Shock Med Compact
Combimed 2200	Magnetomed 8400	Therapic 9200
Combimed 4000	Polyter Evo	Therapic 9400
Crystal Yag Desk	Pressomed Evo	Radarmed 2500 cp
HR TEK	Pressomed 2900	Ultrasonic 1300
HR Tek Desk	PR999 4 W	Ultrasonic 1500
Lasermed 2200	PR999 8 W	Vacuumed
Leg Press 983	Shock Med	Vikare 8W

Altro

### Numero seriale prodotto

**Data d'acquisto** / /

**Tipo di garanzia** Acquistata / Noleggiata

**Data richiesta** / /

## CONDIZIONI E REGOLAMENTO PER LA RICHIESTA DELL'ESTENSIONE DI GARANZIA

- Il modulo compilato deve essere inviato tramite email all'indirizzo: **marketing@eme-srl.com**
- La richiesta di estensione di garanzia deve essere effettuata entro un anno dalla data d'acquisto dell'apparecchiatura.
- La procedura di estensione di garanzia verrà considerata valida solo dopo avvenuta ricezione di conferma da parte dell'ufficio marketing. Nel caso di mancata conferma entro 3 giorni lavorativi, si prega di inviare nuovamente il modulo.