



## SOLICITUD DE SERVICIO DESEGO

DISTRIBUIDORA DE EQUIPO Y SERVICIO GONZALEZ

AV. GUADALUPE #4872 COL. JARDINES DE  
GUADALUPE, C.P. 45030, ZAPOPAN, JALISCO,  
AGUASCALIENTES



Datos de remitente		Fecha del último Servicio	
Fecha de envío:	N°. Cliente:	Instalación/compra	_____
Nombre de Facturación:		Preventivo	_____
Remitente:		Correctivo	_____
Teléfono:	Correo:	Número de Serie:	_____
Domicilio:			
Ciudad:	C.P.		

Asesor de Servicio	Datos de envío
Tel. 332 817 50 08 443 231 2324 <a href="mailto:serviciogdl@desego.com">serviciogdl@desego.com</a> <a href="mailto:Serviciogdl1@desego.com">Serviciogdl1@desego.com</a>	AV. GUADALUPE #4872 COL. JARDINES DE GUADALUPE, C.P. 45030, ZAPOPAN, JALISCO, AGUASCALIENTES <b>CONFIRMAR A NOMBRE DE QUIÉN SE ENVÍA CON SU ASESOR</b>

MODELO DEL EQUIPO				
Hematología	Química Clínica	Imagen	Equipo Básico	Otros Equipos
<input type="checkbox"/> BCH, BCVET <input type="checkbox"/> 1H+, 3H+ <input type="checkbox"/> 5H+ <input type="checkbox"/> SRVET <input type="checkbox"/> BC7000 <input type="checkbox"/> BCVETII-C <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> ES300 <input type="checkbox"/> ES221 <input type="checkbox"/> EasyKem Pro <input type="checkbox"/> EasyKem Plus <input type="checkbox"/> Easy Vet <input type="checkbox"/> Ekem <input type="checkbox"/> Skyla HB1 <input type="checkbox"/> Skyla VB1 <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Rayos X c/tablet <input type="checkbox"/> Rayos X vet 28 <input type="checkbox"/> Rayos X vet 1 <input type="checkbox"/> Digitalizador CR <input type="checkbox"/> Digitalizador DR <input type="checkbox"/> Ultrasonido K10 <input type="checkbox"/> Ultrasonido K20 <input type="checkbox"/> Ultrasonido Acclarix <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> CK-8/12/24 <input type="checkbox"/> Centrifuga <input type="checkbox"/> MIC 440/880/990 <input type="checkbox"/> Microscopio <input type="checkbox"/> Uriplus II <input type="checkbox"/> Estufa <input type="checkbox"/> Autoclave <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> i-Chroma <input type="checkbox"/> iChroma II <input type="checkbox"/> iChroma III <input type="checkbox"/> Fib1000 <input type="checkbox"/> Fib2000 <input type="checkbox"/> Gasómetro <input type="checkbox"/> Anestesia <input type="checkbox"/> Otro: _____

DESCIPCIÓN DE FALLA (SÍ APLICA)		
SOFTWARE	MECÁNICA	RESULTADOS
<input type="checkbox"/> No enciende y está conectado	<input type="checkbox"/> Equipo sufrió descarga eléctrica	<input type="checkbox"/> Parámetro elevado
<input type="checkbox"/> Se queda la pantalla en negro/azul	<input type="checkbox"/> Equipo sufrió caída	<input type="checkbox"/> Parámetro a la baja
<input type="checkbox"/> Pantalla congelada	<input type="checkbox"/> Emite zumbido	<input type="checkbox"/> Parámetro no da resultados
<input type="checkbox"/> Equipo solicita actualización	<input type="checkbox"/> Emite ruido extraño	<input type="checkbox"/> Valores fuera de rango
<input type="checkbox"/> Equipo no se apaga	<input type="checkbox"/> Fuga de líquidos	<input type="checkbox"/> Especifique parámetro: _____
<b>Otra Falla:</b> _____		

\* No enviar el equipo con los siguientes accesorios: Reactivos, Teclado, Mouse, Mangueras y Cable toma Corriente. En dado caso de que sea necesario, el especialista se lo indicara.

\* Colocar perfectamente el equipo, en su caja original, con sus respectivos empaques y bolsa.

\* En dado caso de no tener los empaques originales, llamar al departamento de Servicio para que le expliquen el procedimiento correcto del empaque y embalaje para el envío.