



## SOLICITUD DE SERVICIO DESEGO

DISTRIBUIDORA DE EQUIPO Y SERVICIO GONZALEZ  
CALLE 13 - A #494, FRACCIONAMIENTO DEL NORTE, C.P. 97120,  
MÉRIDA, YUCATÁN.



Datos de remitente		Fecha del último Servicio	
Fecha de envío:	No. Cliente:	Instalación/compra	_____
Nombre de Facturación:		Preventivo	_____
Remitente:		Correctivo	_____
Telefono:	Correo:	Número de Serie:	_____
Domicilio:			
Ciudad:	C.P.		

Asesor de Servicio	Datos de envío
Tel. 999 317 9927 Cel. 999 385 3361 <a href="mailto:serviciomid@desego.com">serviciomid@desego.com</a> <a href="mailto:Serviciomid1@desego.com">Serviciomid1@desego.com</a>	CALLE 13 - A #494, FRACCIONAMIENTO DEL NORTE, C.P. 97120, MÉRIDA, YUCATÁN.  <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"/> ES300	<input type="checkbox"/> Rayos X c/tablet	<input type="checkbox"/> CK-8/12/24	<input type="checkbox"/> i-Chroma
<input type="checkbox"/> 1H+, 3H+	<input type="checkbox"/> ES221	<input type="checkbox"/> Rayos X vet 28	<input type="checkbox"/> Centrifuga	<input type="checkbox"/> iChroma II
<input type="checkbox"/> 5H+	<input type="checkbox"/> ES430	<input type="checkbox"/> Rayos X vet 1	<input type="checkbox"/> MIC 440/880/990	<input type="checkbox"/> iChroma III
<input type="checkbox"/> 5RVET	<input type="checkbox"/> EasyKem Pro	<input type="checkbox"/> Digitalizador CR	<input type="checkbox"/> Microscopio	<input type="checkbox"/> Fib1000
<input type="checkbox"/> 1V,3V, 5V	<input type="checkbox"/> EasyKem Plus	<input type="checkbox"/> Digitalizador DR	<input type="checkbox"/> Uriplus II	<input type="checkbox"/> Fib2000
<input type="checkbox"/> 4V+	<input type="checkbox"/> Ekem	<input type="checkbox"/> Ultrasonido K10	<input type="checkbox"/> Estufa	<input type="checkbox"/> Gasometro
<input type="checkbox"/> BC7000	<input type="checkbox"/> Skyla HB1	<input type="checkbox"/> Ultrasonido K20	<input type="checkbox"/> Autoclave	<input type="checkbox"/> Anestesia
<input type="checkbox"/> BCVETII-C	<input type="checkbox"/> Skyla VB1	<input type="checkbox"/> Ultrasonido Acclarix	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> BC780, BC720	<input type="checkbox"/> Skyla Solution	<input type="checkbox"/> Otro: _____		
<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Otro: _____			

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

\* Si se trata de un envío de equipo de hematología o química clínica automatizado, se requiere llamar a las líneas de atención a cliente o su asesor comercial, para recibir apoyo en vaciar y asegurar partes internas del equipo previo al envío.