

Fischer Amps Händler:



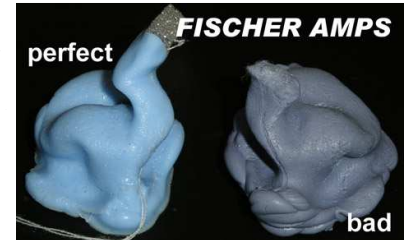
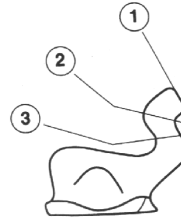
Jochen Fischer  
Hans-Ulrich-Breymann-Str. 3  
74706 Osterburken / Germany

Phone: +49 (0) 62 91 648 79 -0  
Fax: +49 (0) 62 91 648 79 -19  
Email: info@fischer-amps.de  
www.fischer-amps.de

## Auftragsformular zum Anfertigen von Ohrabformungen für Otoplastiken für Standard-Hörersysteme von Ultimate Ears und Fischer Amps

Sehr geehrter Hörgeräteakustiker,  
die unten beschriebene Vorgehensweise ist für ein optimales Ergebnis bezüglich der Passform und maximalen Dichtheit, auch bei Kieferbewegungen (Gesang), sehr wichtig.

Es ist wichtig, dass die Ohrabformungen **mindestens bis zum zweiten Knick** sauber ausgeführt sind (siehe linker Abdruck auf dem Bild, der rechts abgebildete Abdruck ist unbrauchbar).



Die Concha sollte möglichst vollständig und ohne Luftpneinschlüsse ausgefüllt sein.

**Bitte die Ohrabformungen nicht beschneiden oder abschleifen, sondern so belassen wie sie sind.**

Wir bedanken uns für Ihre Kooperation. Ihr **FISCHER AMPS** Team

### **Auftragsdaten des Kunden:** *(bitte leserlich ausfüllen)*

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

*Weitere Infos (nur bei Direktbestellung des Endkunden erforderlich !):*

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

Mobiltelefon-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Bezahlung per Vorkasse oder per Lastschrift.

Hiermit erteile ich verbindlich den Auftrag

**Unterschrift\*:** \_\_\_\_\_

**Datum\*:** \_\_\_\_\_

### **AUFTRAG**

Zur Anfertigung einer Monitor-Otoplastik für Fischer Amps Hörer FA-1, FA-2, FA-3 bzw. einer Gehörschutzotoplastik\*  
[Art. Nr. 001250]

**Standardausführung: Conchaform (soweit anatomisch möglich)**

**Alternative: Kanalform (= Stöpselform)**

Farbe Otoplastik (Standard transparent):  
\_\_\_\_\_

\*Filter für Art. Nr. 001250 (Gehörschutz):  
6dB    9dB    12dB    18dB    25dB

Vorhandener Hörer \*\*: \_\_\_\_\_

(den FA-Hörer bitte nicht mit einsenden)



← Stöpselform

← Conchaform  
(empfohlen für Anwendung mit Hörer)

\* **Bitte unbedingt ausfüllen.** Mit Ihrer Unterschrift und der Einsendung Ihrer Ohrabdrücke kommt ein rechtskräftiger Vertrag zustande.

\*\* : Falls kein Hörer vorhanden, bitte Hörer separat bestellen.

Bitte zurück an Fax Nr. +49 (0) 62 91- 648 79-19. Danke.

---

## Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich **Jochen Fischer, FISCHER AMPS** widerruflich, die von uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit (nach Lieferung) durch Lastschrift von u.g. Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Zahlungsempfängerin auf mein Konto gezogenen SEPA - Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Gläubiger-ID: DE 80 ZZZ 00000 396811  
Mandatsreferenznummer: \_\_\_\_\_ (wird von Fischer Amps vergeben)  
Zahlungsbedingung: Bankeinzug  
Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

### Zahlungspflichtiger:

Kundennummer \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

### Bankverbindung des Zahlungspflichtigen:

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift/Firmenstempel: \_\_\_\_\_