Please print or type / Merci d'utiliser des caractères d'imprimerie / Bitte in Druckbuchstaben oder mit der Schreibmaschine ausfüllen
Por favor, escriba en mayúsculas o a máquina / Hier typen (of in drukletters invullen):

Last Name *Nom* *Nachname* *Apellidos* *Achternaam*	*Audiologist name / Nom de l'audiologiste / Name des Audiologen / Nombre del audiólogo / Naam audioloog*
First Name *Prénom* *Vorname* *Nombre* *Voornaam*	*First Fitting Date (dd/mm/yy) / Date du premier réglage (jj/mm/aa) / Datum der Erstanpassung (tt/mm/jj) / Fecha primera adaptación (dd/mm/aa) / Datum eerste afregeling (dd/mm/jj)*
Address *Adresse* *Adresse (mit PLZ)* *Dirección* *Adres*	*Sound Processor Serial No.(s) / N° de série du processeur / Seriennummer des Soundprozessors / Nº serie procesador sonido / Serienummer spraakprocessor* Left / Gauche / Links / Izquierda / Links: Right / Droite / Rechts / Derecha / Rechts:
Country / zip code *Pays* *Land* *País / C.P.* *Land* *Tel / fax* *E-mail address* *Adresse e-mail* *E-Mail-Adresse* *Correo electrónico* *E-mailadres*	*Sound Processor type - colour / Type de processeur / Farbe des Soundprozessors / Color procesador sonido / Spraakprocessor* ☐ *Naida CI Q70* ☐ *Harmony™* ☐ *Neptune™* ☐ *Auria™* ☐ *Platinum series™ Processor (PSP)* ☐ *Other / Autres / Andere / Otro / Andere* *Processor color / Couleur du processeur / Prozessorfarbe / Color del procesador / Processorkleur:* _____
Center/Clinic Name *Centre d'implantation* *Name der Klinik/des Instituts* *Nombre centro/clínica* *Naam centrum/ziekenhuis*	*Headpiece Lot Numer(s) / Numéro(s) de lot de l'antenne / Überträger Artikelnummer(n) / Números de lote de la antena receptora / Zendspoel partijnummer(s) :*

☐ I would like to receive product update information or other information.
Je souhaite recevoir des informations et autres renseignements sur le produit.
Bitte schicken Sie mir aktuelle Produktinformationen oder andere Informationen.
Deseo recibir novedades sobre productos y otra información.
Graag ontvang ik informatie over productupdates of andere informatie.

Signature / Signature / Unterschrift /
Firma / Handtekening:

Date (dd/mm/yy) /
Date (jj/mm/aa) / Datum (tt/mm/jj) /
Fecha (dd/mm/aa) / Datum (dd/mm/jj): _____

My signature acknowledges that I have read, understood and accepted :
- the terms and conditions of the Advanced Bionics Limited Warranty;
- the collection, processing, and usage of my personal patient data by Advanced Bionics AG, Switzerland, as far as necessary for technical service and support for my cochlear implant. My data will be treated securely and exclusively for the purpose of technical service and support. I can anytime recall this mutual agreement without justification and as of that moment. I am aware that a recall of my agreement could make technical service for my cochlear implant difficult or impossible.

If you would like to modify any information completed in this document, please contact the Customer Service of Advanced Bionics.

Ma signature confirme que j'ai lu, compris et accepté **les conditions générales de la garantie Advanced Bionics:**
- le recueil, le traitement et l'utilisation de mes données en tant que patient par Advanced Bionics AG, Suisse, dans la mesure où cela s'avère nécessaire pour l'assistance technique et le suivi de mon implant cochléaire. Mes données seront traitées de manière sûre et exclusivement pour des raisons liées à l'assistance technique et au suivi. Je peux à tout moment résilier cet accord mutuel sans justification avec effet immédiat. Je suis conscient qu'une révocation de cet accord peut rendre toute assistance technique sur mon implant cochléaire difficile ou impossible.

Si vous souhaitez modifier les informations fournies dans ce document, contactez le service client d'Advanced Bionics.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis mit:
- Informationsblatt über die Garantie und die Leistungen von Advanced Bionics.
- einem Austausch der oben angegebenen vertraulichen Daten und der damit zusammenhängenden Informationen zur Anpassung des Hörsystems zwischen Advanced Bionics, meinem Cochlea Implantat Zentrum und dem Servicepartner.
- Meine persönlichen Patientendaten werden, sofern erforderlich, durch Advanced Bionics AG, Schweiz, für die Wartung meines Cochlearimplantats und die technische Kundenbetreuung erfasst, verarbeitet und verwendet. Meine Angaben werden vertraulich behandelt und ausschließlich zu Wartungszwecken und für die technische Kundenbetreuung verwendet. Diese gegenseitige Einverständniserklärung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen umgehend zurückziehen. Mir ist bewusst, dass die technische Kundenbetreuung für mein Cochlearimplantat durch den Widerruf meines Einverständnisses erschwert oder unmöglich werden könnte.

Wenn Sie Änderungen der Angaben in diesem Dokument wünschen, wenden Sie sich bitte an den Customer Service von Advanced Bionics.

Con mi firma reconozco haber leído, comprendido y aceptado:
- Las condiciones de la Garantía y servicio de Advanced Bionics
- El compartimiento de la información confidencial proporcionada y de información relacionada sobre la adaptación del sistema entre Advanced Bionics y mi centro de implante coclear.
- La recogida, el procesamiento y el uso de mis datos personales como paciente por Advanced Bionics AG, Suiza, en tanto que esos datos sean necesarios para el servicio técnico y el cuidado de mi implante coclear. Mis datos serán tratados de forma segura y exclusivamente para los fines de servicio técnico y ayuda. En cualquier momento podré anular este acuerdo mutuo sin justificación y con vigencia inmediata. Estoy informado de que la anulación de mi acuerdo puede dificultar o imposibilitar el servicio técnico para el implante coclear.

Si desea modificar cualquier parte de la información ofrecida en este documento, póngase en contacto con el centro de atención al cliente de Advanced Bionics.

Met mijn handtekening bevestig ik dat ik het onderstaand genoemde gelezen heb, begrijp en accepteer:
- de voorwaarden van de beperkte garantie van Advanced Bionics.
- het verzamelen, verwerken en gebruiken van mijn persoonlijke patiëntgegevens door Advanced Bionics AG, Zwitserland, voor zover nodig voor het verlenen van technische service en ondersteuning met betrekking tot mijn cochleair implantaat. Mijn gegevens worden vertrouwelijk behandeld en alleen voor technische service en ondersteuning gebruikt. Ik kan te allen tijde, ingaande vanaf dat moment, deze overeenkomst intrekken zonder daarvoor redenen te hoeven geven. Ik ben mij ervan bewust dat het intrekken van mijn akkoord technische service voor mijn cochleaire implantaat moeilijk of onmogelijk kan maken.

Indien u enige informatie die u op dit formulier hebt ingevuld wilt wijzigen, neemt u dan contact op met de Klantenservice van Advanced Bionics.

COCHLEAR IMPLANT CENTER COPY
EXEMPLAIRE DESTINÉ AU CENTRE D'IMPLANTATION COCHLÉAIRE
KOPIE FÜR DAS CI-ZENTRUM
COPIA PARA CENTRO DE IMPLANTE
EXEMPLAAR VOOR HET C.I. - CENTRUM

©2013 Advanced Bionics AG