



Tarjeta de registro de la garantía

LifeSentry[®] DECT

N.º de serie del producto: 30 _ _ _ _

Fecha de compra: _____ Comerciante nombre: _____

Dirección del distribuidor _____

Nombre de la estación central de _____

Comprado para usted: o padre o madre u otra persona: _____

Persona para la cual fue comprado Edad: <50; 50-65; 65-80; 80+

Sexo: M F

Casa o departamento ¿Vive solo? Sí No

Razón de la compra: _____

¿Recomendaría este producto a otras personas? Sí No

Comentarios adicionales: _____

Su nombre: _____

Dirección: _____

Dirección de correo electrónico: _____

