



אחריות למכשיר ולמסנן/פילטר

יש לשלוח את "**ספח אחריות**" בתוך 30 יום מתאריך רכישת המכשיר בצרוף העתק של חשבונית הקניה. **האחריות** למכשיר תופעל מיד לאחר קבלת "**ספח אחריות**" המצורף אצל מחלקת השירות של חברת "העיקר הבריאות 2017 בע"מ".

הוראות כלליות לשימוש במכשיר Salin Plus (המכשיר מתאים לחדרים של עד 40 מ"ר)

1. לפני שימוש יש להתייעץ עם רופא.
2. מכשיר טיהור והעשרת האוויר במלחים Salin Plus והמסנן המותקן בתוכו מהווים יחידת אחת.
3. חל איסור לפרק את המסנן, לנקותו ו/או להחליף מלח ו/או מכל סיבה אחרת וזאת למעט בזמן החלפתו במסנן חדש.
4. אחריות על המכשיר תהיה בתוקף לשנתיים וזאת רק במידה והוחלף מסנן ישן במסנן חדש, בהתאם להוראות ההפעלה לפחות אחת לשישה חודשים מיום הפעלת המכשיר.
5. האחריות תחודש ותהיה בתוקף בכל פעם ביחידות זמן של 6 חודשים, כל עוד הוחלף המסנן במסנן מקורי וחדש עד שנתיים מיום ההזמנה.
6. במקרה של תקלה במכשיר ו/או במסנן יש ליצור קשר עם מחלקת שירות הלקוחות באמצעות אתר האינטרנט www.salin.co.il או באמצעות הטלפון 072-2159090 שלוחה 1.
7. אין לחסום את פתחי הכניסה ויציאת האוויר.
8. יש להניח את המכשיר בחדר בפינה המרוחקת ממיקומך.
9. אסור להפעיל את המכשיר מעל 12 שעות ברציפות.
10. חובה להמתין לפחות שעה להפעלה חוזרת לאחר 12 שעות הפעלה רצופה.

האחריות אינה תקפה:

- כתוצאה משימוש שאינו בהתאם להוראות השימוש המפורטות לעיל.
- האחריות אינה אישית ללקוח/ה בלבד ואינה ניתנת להעברה. תוקף האחריות - 6 חודשים בכל פעם ממועד החלפת המסנן הישן במסנן מקורי חדש עד שנתיים מיום ההזמנה.
- האחריות הנ"ל היא להחלפה או לתיקון המכשיר ו/או המסנן לפי שיקול הדעת הבלעדי של "קסם מרכזי תמיכה שיווקיים בע"מ".
- מכשיר המלח הטיפולי מגיע עם שנאי (טרנספורמטור) יש לכוונו על עבודה ב-V. כל הפעלה לא נכונה של המכשיר עלולה לגרום לשריפה ולהסרת האחריות מהמכשיר.

לקבלת האחריות יש לשלוח את "ספח אחריות" בצרופ העתק חשבונית/קבלה

-----**גזור ושלח - "ספח אחריות"**-----

לכבוד, חברת "העיקר הבריאות 2017 בע"מ", רחוב סביון 7, מודיעין 71702

אישור הלקוח

הנני מאשר בזאת כי קיבלתי "מכשיר טיהור והעשרת האוויר במלחים Salin Plus" לשביעות רצוני המלאה כשהוא תקין וללא פגם.

מאשר בזאת כי רכשתי "מכשיר טיהור והעשרת האוויר במלחים Salin Plus".

כתובת למשלוח מסנן: שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ רח' _____

מס' _____ עיר _____ מיקוד _____ מייל _____

קראתי את הוראות השימוש והאחזקה וברור לי שיש להחליף את המסנן אחת לשישה חודשים כדי לחדש את הביטוח והאחריות על המכשיר.

תאריך: ____ / ____ / ____ טלפון: _____ חתימה: _____