

DATE OF PURCHASE: \_\_\_\_\_

**PURCHASED FROM:**

Home Healthcare Dealer  Pharmacy  Catalog Company  Other \_\_\_\_\_

Name of location where purchased: \_\_\_\_\_

**COMPRESSOR SYSTEM:**

DURA-NEB®3000 WITH BATTERY  DURA-NEB®3000 WITHOUT BATTERY

Serial# of Compressor: \_\_\_\_\_  
(LOOK FOR LABEL ON THE BACK OF THE UNIT)

**REUSABLE NEBULIZER:**

PARI LC PLUS™  Other \_\_\_\_\_

Lot# of Nebulizer: \_\_\_\_\_  
(A 6 DIGIT NUMBER IS INSCRIBED ON THE OUTSIDE OF THE NEBULIZER BODY BY THE PARI LOGO)

**PATIENT'S PHYSICIAN SPECIALTY:**

Allergist  Internist  Family/General Practice  Pediatrician  
 Pulmonologist  Other \_\_\_\_\_

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

**INSURANCE COVERAGE:**

Medicare  Medicaid/Medical  Private Insurance (HMO, PPO, etc.)  
 Private Pay  Other \_\_\_\_\_ Patient Age: \_\_\_\_\_

**PATIENT'S DIAGNOSIS:**

Asthma  Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)  
 Cystic Fibrosis  Other \_\_\_\_\_

CUSTOMER NAME \_\_\_\_\_

ADDRESS \_\_\_\_\_

CITY \_\_\_\_\_

STATE \_\_\_\_\_

ZIP \_\_\_\_\_

PHONE NO. (OPTIONAL) \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

Send completed card to:

**PARI RESPIRATORY EQUIPMENT, INC.**

13800 Hull Street Road, Midlothian, VA 23112-9939  
1.800.FAST.NEB(327.8632), Teléfono 804.639.7235, Fax 804.639.7242



WARRANTY CARD/CARTE DE GARANTIE

(THIS BUSINESS REPLY CARD TO BE MAILED IN CANADA ONLY) /  
CEETTE CARTE-REPONSE D'AFFAIRES SE POSTE AU CANADA SEULEMENT

DATE OF PURCHASE / DATE D'ACHAT : \_\_\_\_\_

**PURCHASED FROM / ACHETÉ CHEZ :**

Home Healthcare Dealer/Marchand de produits de soins à domicile  
 Catalog Company/Compagnie de vente par catalogue  
 Pharmacy/Pharmacie  Other/Autre \_\_\_\_\_

Name of location where purchased/Nom de l'endroit où le produit a été acheté : \_\_\_\_\_

**COMPRESSOR SYSTEM / SYSTÈME COMPRESSEUR :**

DURA-NEB®3000 WITH BATTERY/DURA-NEB™ 3000 AVEC PILE  
 DURA-NEB®3000 WITHOUT BATTERY/DURA-NEB™ 3000 SANS PILE

Serial# of Compressor/N° de série du compresseur : \_\_\_\_\_

(LOOK FOR LABEL ON THE BACK OF THE UNIT/VOIR L'ÉTIQUETTE À L'ARRIÈRE DE L'APPAREIL)

**REUSABLE NEBULIZER / NÉBULISEUR RÉUTILISABLE :**

PARI LC PLUS™/PARI LC PLUS™  Other/Autre \_\_\_\_\_

Lot# of Nebulizer/No de lot du nébuliseur : \_\_\_\_\_

(A 6 DIGIT NUMBER IS INSCRIBED ON THE OUTSIDE OF THE NEBULIZER BODY BY THE PARI LOGO/  
NUMÉRO DE 6 CHIFFRES ESTAMPÉ SUR LA PAROI EXTÉRIÈURE AVANT À CÔTÉ DU LOGO DE PARI)

CUSTOMER NAME/NOM DU CLIENT OU DE LA CLIENTE \_\_\_\_\_

ADDRESS/ADRESSE \_\_\_\_\_

CITY/VILLE \_\_\_\_\_

PROVINCE \_\_\_\_\_

POSTAL CODE/CODE POSTAL \_\_\_\_\_

PHONE NO. (OPTIONAL)/N° DE TÉL. (FACULTATIF) \_\_\_\_\_

E-MAIL/COURRIER ÉLECTRONIQUE \_\_\_\_\_

Send completed card to:

**PARI RESPIRATORY EQUIPMENT, INC.**

13800 Hull Street Road, Midlothian, VA 23112-9939  
1.800.FAST.NEB(327.8632), Teléfono 804.639.7235, Fax 804.639.7242



TARJETA DE GARANTÍA

ESTA "TARJETA DE INFORMACIÓN" ES SOLAMENTE PARA USO DENTRO DE LOS ESTADOS UNIDOS NORTEAMERICANOS

FECHA DE COMPRA: \_\_\_\_\_

**COMPRADO EN:**

Distribuidor de productos para la salud en el hogar  Farmacia  
 Por catálogo  Otro \_\_\_\_\_

Localidad donde se hizo la compra: \_\_\_\_\_

**SISTEMA DE COMPRESOR:**

DURA-NEB® 3000 CON BATERÍA  DURA-NEB® 3000 SIN BATERÍA

Número de Serie del Compresor: \_\_\_\_\_  
(BUSQUE LA ETIQUETA EN EL FONDO DE LA

**NEBULIZADOR:**

PARI LC PLUS™  Otro \_\_\_\_\_

Número de Serie del Nebulizador: \_\_\_\_\_  
(UN NUMERO DE SEIS DIGITOS EN EL CUERPO DEL NEBULIZADOR DEBAJO DEL LOGOTIPO DE PARI)

**ESPECIALIDAD DEL MEDICO:**

Alergólogo  Médico Interno  Médico General Familiar  
 Pediatra  Neumólogo  Otro \_\_\_\_\_

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_

**TIPO DE GARANTIA:**

Medicare  Medicaid/Medical  Seguro Privado (HMO, PPO, etc.)  
 Pago Privado  Otro \_\_\_\_\_ Edad del Paciente: \_\_\_\_\_

**DIAGNOSTICO DEL PACIENTE:**

Asma  Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD)  
 Fibrosis Quística  Otro \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_

ESTADO \_\_\_\_\_

CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

NUMERO TELEFÓNICO (OPCIONAL) \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

Send completed card to:

**PARI RESPIRATORY EQUIPMENT, INC.**

13800 Hull Street Road, Midlothian, VA 23112-9939  
1.800.FAST.NEB(327.8632), Teléfono 804.639.7235, Fax 804.639.7242

