MED EL

2018 年 7 月吉日

装用者の皆様、ご家族様

オーディオプロセッサ SONNET 追加購入キャンペーンのご案内

謹啓

盛夏の候、皆様におかれましては益々ご健勝のこととお慶び申し上げます。

装用者の皆様・ご家族様に大変ご好評いただいた、SONNET 追加購入キャンペーンを再び開催する運びとなりましたのでご案内申し上げます。キャンペーンの詳細につきましては、以下をご参照ください。

なお、今回をもちまして最後の追加購入キャンペーンとさせていただきます。この機会に是非、ご検討いただけますと幸いでございます。キャンペーン期間終了後に、またはキャンペーンを利用せずに SONNET 購入をご希望される場合は、別紙でご案内しておりますオーディオプロセッサ予備購入制度をご利用下さいませ。今回のキャンペーンでは、片耳・両耳装用に関わらず、全ての装用者様に片耳用・両耳用のご注文書をお送りさせていただいておりますので、ご了承くださいませ。なお、SONNET 充電池のキャンペーンも実施致します。合わせてご検討くださいませ。

謹白

【キャンペーン概要】

現在 OPUS、RONDO、SONNET のご使用に関わらず、もう一台追加のオーディオプロセッサとして SONNET をお考えの装用者様を対象に、定価よりお求めやすい価格でご提供致します。（価格やお支払方法等は、別紙注文書をご参照ください）

SONNET は医療機器でございますので、ご購入の際には病院のご担当の先生にご相談ください。また、マップをダウンロードしていただく必要がありますので、ご注文された SONNET は、マッピングをされている施設のご担当の先生宛てにお送りさせていただきます。ご理解賜りますようお願い申し上げます。

【キャンペーン期間】

2018 年 7 月 17 日（火）～2018 年 11 月 30 日（金） ※弊社の FAX、郵便での注文書受領確認日

【ご購入の流れ】

①装用者様が注文書ご記入の上、ご担当の先生のご署名をいただく
②装用様が注文書をメドエルへ FAX または郵送でご送付(ご注文)
③メドエルがご請求書、同意書を装用者様に郵送で送付
④装用者様が同意書をメドエルに FAX または郵送でご送付、お支払い
⑤メドエルよりマッピング施設のご担当の先生へ SONNET 発送
⑥言語聴覚士の先生がマップをダウンロード後、装用者様へお渡し

【当キャンペーンについてのその他のお知らせ】

★試聴機もご用意しておりますので、試聴をご希望される際は、ご担当の先生にご相談ください。
★お支払には、分割払い（ローン）もご選択いただけます。（ローン会社による審査がございます）
★当キャンペーンのお問合せ先　0120-30-4133（カスタマーサポート　平日 9:00-18:00）

カスタマーサポート 宛

FAX 03-5283-7694

お申込期間:2018年7月17日(火)～2018年11月30日(金)

用紙の表裏を間違えないようご注意ください
ご注文は、郵送でも承っております（右住所宛）

MED EL
メドエルジャパン株式会社
〒101-0062
東京都千代田区神田駿河台2-1-20
お茶の水ユニオンビル5階
TEL:0120-30-4133
（カスタマーサポート 平日 9:00-18:00）

オーディオプロセッサSONNET 追加購入キャンペーン注文書

ふりがな			
お名前			
ご住所	〒		
電話番号		FAX番号	
E-mail			
ご希望のお支払方法	ご希望のお支払方法の□にチェックをしてください □1. 銀行振り込み □2. ローン支払い（分割） ※ローンのご利用の際は、ローン会社とご契約いただきます。また、事前にローン会社の審査がございます。 ローンご希望の方は、メドエル担当者よりご連絡の上、詳細のご説明をさせていただきます。		

ご購入される基本色を1色お選びください（✔） ※コントロールユニット、送信コイル バッテリーカバー、マイクロフォンカバーの基本色をお選びください。		黒色 / 白色 / 灰色 / きなこ色 / 淡黒色 / こげ茶色
マイクロフォンカバーの追加オプション2色お好きな色をお選びください（✔） ※1色のみの場合は、選択した色の同色2個になります。 ※基本色と同色のカバーは4個付属します。		黒色 / 白色 / 灰色 / きなこ色 / 淡黒色 / こげ茶色 / 茶色 / 薄灰色 / 羊色 / そら色 / さくら色 / みかん色 / 黄緑色 / 赤れんが色 / 藍色
バッテリーカバーの追加オプション2色お好きな色をお選びください（✔） ※1色のみの場合は、選択した色の同色2個になります。 ※基本色と同色のカバーは2個付属します		黒色 / 白色 / 灰色 / きなこ色 / 淡黒色 / こげ茶色 / 茶色 / 薄灰色 / 羊色 / そら色 / さくら色 / みかん色 / 黄緑色 / 赤れんが色 / 藍色

お届けするセット内容

SONNET コントロールユニット（基本色） ×1	バッテリーユニット（空気亜鉛電池タイプ） ×1	バッテリーカバー（基本色） ×1 （選択色） ×各1 （または同色×2）	DLコイル送信ケーブル 6.5cm ×2	DLコイルベース（基本色による） ×1
DLコイルマグネット 3 × 1	DLコイルカバー（基本色による） ×1	オーディオバッテリーカバー（基本色） ×1	オーディオケーブル黄色 × 1	マイクロフォンカバー（基本色）×4 （選択色） ×各1 （または同色×2）
コイルチェッカー × 1	空気亜鉛電池(6個入り) × 2	イヤーフック レギュラー＆ラージ × 各1	イヤーフックピン × 2	クリーニングブラシ × 1
ピンドライバー × 1	ファインチューナー × 1	Dry star UV × 1	※その他、添付文書、ユーザーマニュアルなども、付属しております。	

価格	**税込価格¥640,224**（税抜価格¥592,800）※通常税込価格¥1,066,078		
病院名			
病院のご担当の先生のご署名		日付 年 月 日	
装用者名		日付 年 月 日	

※SONNETには病院の言語聴覚士の先生にマップを入れて頂きますので、
マッピングをされている病院へのお届けとなります。

カスタマーサポート 宛

FAX 03-5283-7694

お申込期間:2018年7月17日(火)～2018年11月30日(金)

用紙の表裏を間違えないようご注意ください
ご注文は、郵送でも承っております（右住所宛）

MED-EL

メドエルジャパン株式会社
〒101-0062
東京都千代田区神田駿河台2-1-20
お茶の水ユニオンビル5階
TEL:0120-30-4133
（カスタマーサポート 平日 9:00-18:00）

オーディオプロセッサSONNET 追加購入キャンペーン注文書(両耳用)

ふりがな			
お名前			
ご住所	〒		
電話番号		FAX番号	
E-mail			
ご希望のお支払方法	ご希望のお支払方法の□にチェックをしてください □1. 銀行振り込み □2. ローン支払い(分割) ※ローンのご利用の際は、ローン会社とご契約いただきます。また、事前にローン会社の審査がございます。 ローンご希望の方は、メドエル担当者よりご連絡の上、詳細のご説明をさせていただきます。		

ご購入される
基本色を左右1色ずつ
お選びください(✔)

※コントロールユニット、送信コイル
バッテリーカバー、マイクロフォンカバー
の基本色をお選びください。

	黒色	白色	灰色	きなこ色	淡黒色	こげ茶色
左						
右						

マイクロフォンカバーの
追加オプション左右2色ずつ
お好きな色をお選びください(✔)

※1色のみの場合は、
選択した色の同色2個になります。
※基本色と同色のカバーは4個付属します。

	黒色	白色	灰色	きなこ色	淡黒色	こげ茶色	茶色	薄灰色	羊色	そら色	さくら色	みかん色	黄緑色	赤れんが色	藍色
左															
右															

バッテリーカバーの
追加オプション左右2色ずつ
お好きな色をお選びください(✔)

※1色のみの場合は、
選択した色の同色2個になります。
※基本色と同色のカバーは2個付属します

	黒色	白色	灰色	きなこ色	淡黒色	こげ茶色	茶色	薄灰色	羊色	そら色	さくら色	みかん色	黄緑色	赤れんが色	藍色
左															
右															

お届けするセット内容 ※こちらを2セットお届け致します

SONNET コントロールユニット（基本色） ×1	バッテリーユニット（空気亜鉛電池タイプ） ×1	バッテリーカバー（基本色） ×2 （選択色） ×各1 （または同色×2）	DLコイル送信ケーブル 6.5cm ×2	DLコイルベース（基本色による） ×1
DLコイルマグネット 3 × 1	DLコイルカバー（基本色による） ×1	オーディオバッテリーカバー（基本色） ×1	オーディオケーブル黄色 × 1	マイクロフォンカバー（基本色）×4 （選択色） ×各1 （または同色×2）
コイルチェッカー × 1	空気亜鉛電池（6個入り） × 2	イヤーフック レギュラー＆ラージ × 各1	イヤーフックピン × 2	クリーニングブラシ × 1
ピンドライバー × 1	ファインチューナー × 1	Dry star UV × 1	※その他、添付文書、ユーザーマニュアルなども、付属しております。	

価格	**税込価格¥1,100,000**（税抜価格¥1,018,518）※通常税込価格¥2,114,877		
病院名			
病院のご担当の先生のご署名		日付 年 月 日	
装用者名		日付 年 月 日	

※SONNETには病院の言語聴覚士の先生にマップを入れて頂きますので、
マッピングをされている病院へのお届けとなります。