

# COOK®

Cook Medical Europe  
O'Halloran Road,  
National Technological Park,  
Limerick, Ireland.  
Phone: + 353 61 334440  
Fax: + 353 61 334441

## FORMULARZ ODPOWIEDZI KLIENTA NA DZIAŁANIA KORYGUJĄCE

Numer referencyjny działania korygującego: 2017FA0020

Dotyczy produktu:

| Nazwa marki produktu               | Numer katalogowy | Numer części | Numer partii         |
|------------------------------------|------------------|--------------|----------------------|
| Strzykawka tuberkulinowa Norm-Ject | K-ATS-1000       | G19871       | 5667080<br>NS6127577 |

Prosimy o podanie następujących informacji:

Numer Klienta: \_\_\_\_\_

Nazwa Klienta: \_\_\_\_\_

Ulica: \_\_\_\_\_

Miasto, Kod pocztowy: \_\_\_\_\_

Osoba wypełniająca: \_\_\_\_\_

Departament / Dział: \_\_\_\_\_

Numer Telefonu: \_\_\_\_\_

(WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

Prosimy o wskazanie, które z poniższych stwierdzeń dotyczy Państwa zakładu:

Żaden z produktów objętych działaniem nie znajduje się w naszym magazynie

Zwracamy pozostałą nam część zapasów w zamian za uznanie z tytułu zwrotu produktów, patrz szczegółowe informacje poniżej

\*\* Faktura Proforma wymagana do zwrotu produktu(ów):  Tak  Nie

Szczegółowe informacje dotyczące odbioru zwracanych produktów:

Osoba do kontaktu w sprawie odbioru: \_\_\_\_\_

Adres do odbioru: \_\_\_\_\_

Numer Telefonu / adres e-mail w sprawie odbioru: \_\_\_\_\_

Całkowita liczba pudełek do odbioru: \_\_\_\_\_

(WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

\*\* Jeżeli są Państwo Dystrybutorem, czy Państwa klienci zostali powiadomieni o niniejszych działaniach korygujących dotyczących wyrobu medycznego?

Tak  Nie

Jeżeli zwracają Państwo produkty objęte działaniem, prosimy o podanie numerów części, numerów partii oraz ilości:

| Numer części wyrobu | Numer partii wyrobu | Ilość |
|---------------------|---------------------|-------|
|                     |                     |       |
|                     |                     |       |
|                     |                     |       |
|                     |                     |       |
|                     |                     |       |
|                     |                     |       |
|                     |                     |       |
|                     |                     |       |
|                     |                     |       |

Podpis: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Prosimy o zwrot wypełnionego Formularza Odpowiedzi Klienta na adres e-mail [European.FieldAction@cookmedical.com](mailto:European.FieldAction@cookmedical.com) lub przesłać faxem na numer + 353 61 334441.