

Prosimy o wypełnienie, podpisanie i zwrot tego formularza do lokalnego dystrybutora Bio-Rad/DiaMed **w terminie do 4 października 2019 r.**

Formularz odpowiedzi dla Użytkowników Końcowych - FSN 006-19

DOTYCZY PRODUKTU

Nazwa produktu	Numer ID produktu	Numer katalogowy	Numery serii (lot) IHD	Numery serii (lot) SAP
DC-Screening II	50560	004831 004836 004837	50560 94 01 50560 94 02 50560 94 03	3118949401 3243879402 3243909402 3243939402 3393449403

INFORMACJE DOTYCZĄCE KLIENTA

Nazwa jednostki :	
Imię i Nazwisko Kierownika Działu/ Laboratorium/ Pracowni Immunologii Transfuzjologicznej:	
Adres (ulica, kod pocztowy, miejscowość, kraj)	
Numer telefonu / fax :	
Numer klienta	

OŚWIADCZENIE:

- Jestem świadomy informacji dotyczących działań podjętych w związku z powyższym produktem i postąpiłam/-em zgodnie z instrukcjami wydanymi przez BioRad.

Liczba otrzymanych sztuk/opakowań ID Kart ze wskazanym numerem serii (lot):		Liczba otrzymanych sztuk ID Kart ze wskazanym numerem serii (lot) przeznaczonych do utylizacji:	
Jeśli liczba ID Kart ze wskazanym numerem serii (lot) przeznaczonych do utylizacji różni się od liczby otrzymanych ID Kart, należy uwzględnić różnicę:			

Data:

Podpis: