

Notatka bezpieczeństwa Formularz odpowiedzi klienta

1. Notatka bezpieczeństwa (FSN)	
Numer referencyjny FSN*	2020003
Data FSN*	24.09.2020
Nazwa produktu/wyrobu medycznego*	0947P KWIK-STIK™ Opakowanie zbiorcze zawierające 2 opakowania jednostkowe Streptococcus pneumoniae pochodzącego z ATCC® 49619™ 0947K KWIK-STIK™ Opakowanie zbiorcze zawierające 6 opakowań jednostkowych Streptococcus pneumoniae pochodzącego z ATCC® 49619™ 0947L LYFO DISK™ Streptococcus pneumoniae pochodzące z ATCC® 49619™ 5193P Zestawy kontroli jakości oraz zestaw wszechstronnych kontroli jakości dla paneli bakterii Gram dodatnich
Kod(y) produktu	0947P, 0947K, 0947L 5193P
Numer(-y) serii	Numer katalogowy partii 0947P: 947-126-2, 947-126-4 Numer katalogowy partii 0947K: 947-126-3 Numer katalogowy partii 0947L: 947-126-1 Numer katalogowy partii 5193P: 5193-10 i 5193-11

2. Szczegółowe informacje dotyczące klienta	
Numer konta	
Nazwa placówki opieki zdrowotnej*	
Adres placówki*	
Dział/Jednostka	
Adres do wysyłki, jeśli inny niż podany	
Imię i nazwisko osoby do kontaktów*	
Tytuł lub stanowisko	
Numer telefonu*	
Adres e-mail*	

3. Działanie klienta podjęte w imieniu placówki opieki zdrowotnej		
<input type="checkbox"/>	Potwierdzam otrzymanie „Notatki bezpieczeństwa” oraz przeczytanie i zrozumienie jej treści.	Klient powinien wypełnić lub wpisać „nie dot.”
<input type="checkbox"/>	Wykonałem(-am) wszystkie działania wymagane w „Notatce bezpieczeństwa”.	Klient powinien wypełnić lub wpisać „nie dot.”
<input type="checkbox"/>	Informacje i wymagane działania zostały przekazane do wiadomości wszystkim wymagającym użytkownikom i zostały wykonane.	Klient powinien wypełnić lub wpisać „nie dot.”

<input type="checkbox"/>	Odesłałem(-am) wyroby, których dotyczy Notatka - Proszę wpisać liczbę wyrobów odesłanych i datę odesłania.	Ilość:	Nr serii:	Data zwrotu (DD/MM/RR):
		Ilość:	Nr serii:	Data zwrotu (DD/MM/RR):
		Nie dot.	Uwagi:	
<input type="checkbox"/>	Zniszczyłem(-am) wyroby, których dotyczy notatka – proszę podać liczbę zniszczonych wyrobów i datę przeprowadzenia zniszczenia.	Ilość:	Nr serii:	
		Ilość:	Nr serii:	
		Nie dot.	Uwagi:	
<input type="checkbox"/>	Brak wyrobów, których dotyczy notatka, do zwrotu/	Klient powinien wypełnić lub wpisać „nie dot.”		

	zniszczenia	
<input type="checkbox"/>	Inne działanie (proszę określić):	
<input type="checkbox"/>	Nie posiadam żadnych wyrobów, których dotyczy notatka.	Klient powinien wypełnić lub wpisać „nie dot.”
<input type="checkbox"/>	Mam pytanie i proszę o skontaktowanie się ze mną (np. konieczność wymiany produktu).	Klient powinien wpisać informacje kontaktowe, jeśli inne niż podane powyżej i krótko streścić pytanie
Wpisać imię i nazwisko		Tu proszę wpisać imię i nazwisko klienta drukowanymi literami
Podpis*		Tu proszę złożyć podpis
Data*		

4. Odesłać potwierdzenia do nadawcy	
Adres e-mail	
Infolinia dla klientów	
Adres do korespondencji	
Witryna internetowa	
Faks	
Termin odesłania formularza potwierdzenia przez klienta*	01.11.2020

Rubryki obowiązkowe oznaczono *

Istotne jest, aby Państwa placówka podjęła działania wyszczególnione w „Notatce bezpieczeństwa” i potwierdziła otrzymanie przez Państwa „Notatki bezpieczeństwa”.

Odpowiedź Państwa placówki jest dowodem, że musimy monitorować postęp działań korygujących.