

Notatka bezpieczeństwa Formularz odpowiedzi klienta

| 1. Notatka bezpieczeństwa (FSN) | |
|-----------------------------------|--|
| Numer referencyjny FSN* | 2020004 |
| Data FSN* | 05.10.2020 |
| Nazwa produktu/wyrobu medycznego* | 0318P KWIK-STIK™ Opakowanie zbiorcze zawierające 2 opakowania jednostkowe <i>Clostridium perfringens</i> pochodzącego z ATCC® 13124™ |
| Kod(y) produktu | 0318P |
| Numer(-y) serii | Numer katalogowy partii 0318P: 318-234-4 |

| 2. Szczegółowe informacje dotyczące klienta | |
|---|--|
| Numer konta | |
| Nazwa placówki opieki zdrowotnej* | |
| Adres placówki* | |
| Dział/Jednostka | |
| Adres do wysyłki, jeśli inny niż podany powyżej | |
| 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 wymaganim 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: |
| | | Ilość: | Nr serii: |
| | | 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/ zniszczenia | Klient powinien wypełnić lub wpisać „nie dot.” |
| <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 potwierdzenie do nadawcy | |
| Adres e-mail | |
| Infolinia dla klientów | |
| Adres do korespondencji | |
| Witryna internetowa | |
| Faks | |
| Termin odesłania formularza potwierdzenia przez klienta* | 01.12.2020 |

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.