

FORMULARZ POTWIERDZENIA DLA KLIENTA

Prosimy o wypełnienie poniższego formularza, *nawet jeżeli nie mają Państwo żadnych zapasów produktu, którego dotyczy problem.*

PILNE WYCOFANIE WYROBU MEDYCZNEGO

MIAMI J SELECT

Miami J Select

Numer pozycji: Opis

MJS-101 Miami J Select Collar

MJSR-101 Miami J Select Collar Set

Numery partii, których dotyczy problem: MX180425 do MX200306.

Uwaga: Numery partii znajdują się na etykiecie opakowania produktu.

W imieniu mojej firmy potwierdzam otrzymanie zawiadomienia „Pilne wycofanie wyrobu medycznego – Miami J Select”, dotyczącego wyżej wymienionego produktu.

Od:

Firma:	
Stanowisko:	
Imię i nazwisko:	
E-mail/fax:	
Nr tel.:	
Data:	
Podpis:	

Zapasy produktu, którego dotyczy problem:

Jeśli nie mają Państwo zapasów, których dotyczy ten problem, prosimy zaznaczyć to pole:

Jeśli mają Państwo zapasy produktu, którego dotyczy ten problem, prosimy podać szczegóły, wypełniając poniższą tabelę:

Nazwa produktu:	Seria/Partia/Data	Ilość otrzymanego towaru	Ilość niewykorzystanych zapasów podlegających wycofaniu (obecnie w kwarantannie)
Całkowita liczba produktów, których dotyczy problem:			
Inne istotne szczegóły/informacje:			

Inne firmy:

Czy Twoja firma dostarczyła produkt, którego dotyczy problem, do innej firmy?

Nie

Tak / Przekażemy wszystkie informacje o wycofaniu wyrobu medycznego dostawcom/dystrybutorom/klientom

LUB

Tak (Prosimy podać nazwy firmy i dane kontaktowe)

Wypełniony formularz należy odesłać faksem lub pocztą elektroniczną na adres:

Imię i nazwisko	
Stanowisko	
Firma	Össur
Adres	
E-mail	
Temat wiadomości e-mail:	URGENT MEDICAL DEVICE RECALL – Miami J Select
Nr faksu:	
Nr tel.:	