

**POWIADOMIENIE O DOBROWOLNYM WYCOFANIU PRODUKTU Z RYNKU****ORAL CARE zestaw do toalety jamy ustnej**

- Dobrowolne wycofanie (usunięcie) wyrobu medycznego z rynku-

**FORMULARZ POTWIERDZENIA**

Prosimy o terminową odpowiedź na niniejsze zawiadomienie o wycofaniu z rynku. Prosimy wypełnić formularz i przesłać na adres Sinmed Sp. z o.o. ul. Graniczna 32b, 44-178 Przystowice lub pocztą elektroniczną na adres: dok@sinmed.pl **w ciągu 3 dni roboczych, nawet, jeżeli nie mają Państwo wyrobu, którego dotyczy zawiadomienie o wycofaniu z rynku i konieczności zwrotu.**

Jeżeli mają Państwo wyrób, którego dotyczy niniejsze zawiadomienie o wycofaniu z rynku i konieczności zwrotu, prosimy o wykonanie kserokopii wypełnionego formularza odpowiedzi klienta i dołączenie jej do zwracanego wyrobu. Dziękujemy za współpracę w przedmiotowej sprawie.

Imię i nazwisko osoby wypełniającej formularz odpowiedzi klienta:	Numer telefonu:
Nazwa klienta/Adres klienta:	Data:
Podpis*:	
<small>*Własnoręcznym podpisem potwierdza Pan/Pani otrzymanie niniejszego zawiadomienia i zapoznanie się z jego treścią.</small>	

**Zapasy wyrobu – zaznaczyć jedną pozycję**

- NIE** mamy zapasów wyrobu, którego dotyczy niniejsze zawiadomienie o wycofaniu z rynku.
- Mamy** wyrób, którego dotyczy niniejsze zawiadomienie o wycofaniu z rynku, i zwracamy następujące wyrobu:

NR REF. PRODUKTU	NR LOT. PRODUKTU	ILOŚĆ ZWRACANA (LICZBA SZTUK)