

PILNE DZIAŁANIA KORYGUJĄCE
Chwytek 5 mm Endo Clinch™ II i Endo Grasp™ Auto Suture™

FORMULARZ WERYFIKACYJNY
PROSZĘ WYPEŁNIĆ CAŁY FORMULARZ

Dane klienta	Dane kontaktowe firmy Medtronic
Nazwa szpitala:	
Numer konta klienta:	
Adres odbioru: Wydział: Ulica: Miasto: Kod pocztowy: Osoba kontaktowa: Godziny pracy:	Medtronic Poland Sp. z o.o. Ul. Polna 11 00-633 Warszawa
Telefon:	Telefon: +48 22 46 56 915
Fax:	Fax: +48 22 46 56 952
E-mail:	E-mail: rs.regulatorypoland@medtronic.com

Proszę wypełnić formularz i zwrócić do Medtronic nawet jeśli nie posiadają Państwo urządzeń do zwrotu

Jeśli nie posiadają Państwo urządzeń podlegających zwrotowi proszę zaznaczyć okienko poniżej.

Brak urządzeń do zwrotu (proszę zaznaczyć):

Numer katalogowy	Nr faktury lub nr dokumentu WZ	Numer partii	Ilość (proszę zaznaczyć sztuki czy paczki)

Informacje dla kuriera:

Ilość paczek do odbioru: _____

Waga: < 45kg > 45kg

Składając poniższy podpis, potwierdzam przeczytanie i zrozumienie instrukcji zawartych w Pilnej notatce dotyczącej bezpieczeństwa z marca 2019 r. odnoszącej się do wyrobów: Chwytek 5 mm Endo Clinch™ II i Endo Grasp™ Auto Suture™.

<u>Imię i nazwisko (drukowanymi literami)</u>	<u>Podpis:</u>	<u>Data:</u>

- Prosimy o przesłanie wypełnionego formularza faksem pod numer +48 22 46 56 952 lub na następujący adres e-mail: rs.regulatorypoland@medtronic.com w ciągu 10 dni.
- Obsługa klienta firmy Medtronic skontaktuje się z Państwem bezpośrednio w celu organizacji odbioru urządzeń podlegających zwrotowi oraz w celu zwrotu kosztów zakupu
- Prosimy nie odsyłać urządzeń dopóki Obsługa Klienta nie skontaktuje się z Państwem