

FORMULARZ ZWROTNY DO LISTU O WYCOFANIU PRODUKTU z dn. XXXXXX

Nazwa produktu: *Acute Set for Children CAPD; PD 3L EMPTY BAG SYSTEM; UROMATIC TUR ADMINISTRATION SET; UROMATIC Y TYPE TUR/CONT BLADD; Spike with Clearlink Valve; NONVENTED SPIKE WITH CLEARLINK; EASYFLOW UNI-SET; EASYFLOW BUBBLE TRAP MULTI SET; FLOW REGULATOR SET; CHEMO THERAPY SET - 2LEAD; INFUSION ADMIN. SET; VENTED PACLITAXEL SET*

Kod produktu: *JMC3437; XMC4284; E5MC4002; E5MC4007N; EMC1402; EMC3482; EMC4015N; EMC4042; EMC4055N; EMC5905P; EMC9656C; MMC9695A; VMC9627*

Numery serii: *patrz Załącznik 1*

Proszę wypełnić ten formularz i odesłać po jednym formularzu z danego ośrodka na adres e-mail FA_QA@baxter.com jako potwierdzenie, że otrzymali Państwo niniejsze powiadomienie.
--

List przewodni nie jest wymagany.

Nazwa i adres ośrodka:	
Formularz zwrotny wypełniony przez: (proszę wpisać drukiem)	
Nazwa stanowiska: (proszę wpisać drukiem)	
Adres e-mail i (lub) numer telefonu (z numerem kierunkowym):	

Prosimy o zaznaczenie odpowiednich pól:

- Nie mamy w posiadaniu serii objętych wycofaniem.
- Mamy w posiadaniu serie objęte wycofaniem i produkt został objęty kwarantanną

Prosimy o podanie ilości poszczególnych serii, które będą zwrócone*:

Kod produktu	Numer serii	Ilość sztuk do zwrotu

* Można dołączyć kolejną stronę, jeśli potrzeba

- Skontaktujemy się z naszymi pacjentami domowymi i przekazemy informację do firmy Baxter, jak tylko będzie dostępna.

Poniższy podpis oznacza, że otrzymali Państwo załączony list, przeprowadzili Państwo wymagane działania wskazane w liście oraz przekazali Państwo tę informację swojemu personelowi oraz odpowiednio innym serwisom i oddziałom.

Podpis/Data: POLE WYMAGANE	<hr/>
--	-------