

ZAŁĄCZNIK 1

**FORMULARZ ODPOWIEDZI DOTYCZĄCY WYCOFANIA URZĄDZENIA
MEDYCZNEGO Z RYNKU W TRYBIE PILNYM**

CADD® kasetowy pojemnik na lek (bez zacisku)

Zwracamy się do Państwa z prośbą o pomoc w wycofaniu tego produktu z rynku. Aby proces przebiegł sprawnie i w wygodny dla Państwa sposób, prosimy o niezwłoczne wypełnienie i odesłanie niniejszego formularza. Będzie to równoznaczne z potwierdzeniem, że otrzymali Państwo i zrozumieli treść tego powiadomienia, dzięki czemu będziemy mieć pewność, że dotarliśmy do wszystkich klientów, których może dotyczyć to powiadomienie o wycofaniu produktu z rynku.

Nazwa instytucji

Adres

Kod pocztowy, miejscowość, kraj

Prosimy o potwierdzenie odbioru powiadomienia o wycofaniu produktu z rynku poprzez wypełnienie i odesłanie niniejszego formularza na adres: smithsmedical3682@stericycle.com.

Prosimy wypełnić poniższe pola dotyczące *ilości produktu do zwrotu*.

Numer produktu	Nazwa produktu	Numer partii	Zakupiona ilość	Ilość do zwrotu

Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z załączonym powiadomieniem o wycofaniu produktu z rynku i rozumiem jego treść.

Imię, nazwisko i stanowisko (prosimy wpisać pismem drukowanym)	Podpis	Data