

## Załącznik 3 – list potwierdzający od dystrybutorów

Prosimy o zapoznanie się z niniejszym dokumentem wraz z FIELD SAFETY NOTICE FSCA-02-2021, o jego należyte wypełnienie i podpisanie oraz jak najszybsze odesłanie, a w każdym razie nie później niż w terminie 5 dni od daty jego otrzymania, pocztą elektroniczną na adres [FSCA@quantasystem.com](mailto:FSCA@quantasystem.com)

Zaznaczyć właściwe pole		
<input type="checkbox"/>	Potwierdzamy, że przeczytaliśmy i zrozumieliśmy niniejszą notatkę bezpieczeństwa (FSN) oraz że wszystkie zalecane działania zostały wdrożone zgodnie z wymaganiami	Wypełnić, podpisać lub zaznaczyć nd. ze strony klienta/dystrybutora/importera
<input type="checkbox"/>	Sprawdziliśmy nasze stany magazynowe i poddaliśmy kwarantannie produkty wskazane w niniejszej notatce bezpieczeństwa (FSN)	Wypełnić, podpisać lub zaznaczyć nd. ze strony klienta/dystrybutora/importera
<input type="checkbox"/>	Zidentyfikowaliśmy wszystkie placówki służby zdrowia, do których dostarczono produkty wskazane w niniejszej notatce bezpieczeństwa (FSN), wymienione w załączniku 1	Wypełnić, podpisać lub zaznaczyć nd. ze strony klienta/dystrybutora/importera
<input type="checkbox"/>	Sporządziliśmy listę wszystkich placówek służby zdrowia, do których dostarczono produkty wskazane w niniejszej notatce bezpieczeństwa (FSN), wymienione w załączniku 1	Wypełnić, podpisać lub zaznaczyć nd. ze strony klienta/dystrybutora/importera
<input type="checkbox"/>	Powiadomiliśmy wszystkie zainteresowane placówki służby zdrowia o szczegółach niniejszej notatki bezpieczeństwa (FSN)	Data powiadomienia:
<input type="checkbox"/>	Otrzymaliśmy odpowiedź od wszystkich placówek służby zdrowia, które powiadomiliśmy o niniejszej notatce bezpieczeństwa (FSN)	Data otrzymania ostatniej odpowiedzi:
<input type="checkbox"/>	Wypełniliśmy <b>tabelę 1</b> , wskazując ilość produktów pozostających u nas na stanie, dla każdego produktu poddanego kwarantannie zgodnie z niniejszą notatką bezpieczeństwa (FSN)	Wskazać ilość, numery partii, kod artykułu
<input type="checkbox"/>	Informujemy, że towary wymienione w załączniku 1, które nie znajdują się już u nas na stanie magazynowym, zostały rozprowadzone zgodnie z tabelą 2	Wskazać ilość, numery partii, kod artykułu
<input type="checkbox"/>	Nie jesteśmy w posiadaniu żadnego z towarów wymienionych w załączniku 1	
<input type="checkbox"/>	Placówki służby zdrowia będące naszymi klientami nie są w posiadaniu żadnego z towarów wymienionych w załączniku 1	

--

**Komentarze:**

<b>Nazwa organizacji:</b>			
<b>Adres:</b>			
<b>Kod pocztowy:</b>		<b>Kraj:</b>	
<b>Numer telefonu:</b>		<b>Adres e-mail:</b>	
<b>Nazwa dostawcy:</b>			
<b>Nazwisko, tytuł i podpis osoby wypełniającej niniejszy formularz</b>			

Proszę wskazać wszystkie placówki służby zdrowia wymienione w Państwa odpowiedzi:

Placówka służby zdrowia	Kod pocztowy	Kraj

Ważne jest, aby Państwa organizacja podjęła działania opisane w niniejszej notatce bezpieczeństwa (FSN) i potwierdziła jej otrzymanie.  
Państwa odpowiedź stanowi dowód, który jest dla nas niezbędny dla zapewnienia dalszej realizacji planowanych działań.



