

URGENTNÍ STAŽENÍ LÉKAŘSKÉHO PROSTŘEDKU (FSCA)

Respirační systém DARTM, konfigurace Mapleson B a C

verifikační FORMULÁŘ

Datum odeslání zákazníkovi:

Kontaktní údaje zákazníka	Kontaktní údaje společnosti Covidien
Název nemocnice:	Pre: Peter Pankovics
Sběrná adresa:	Adresa: Prosecká 852/66 190 00 Praha 9 Prosek
Tel. č.:	Tel. č.: +420 739525775
E-mail:	E-mail: peter.pankovics2@covidien.com

Sepište prosím množství postižených výrobků ve vaší organizaci, pokud **nemáte** žádné zásoby, napište '0'.

V případě, že jste distribuovali dotčený pomůcky jiným organizacím / osobám, uveďte prosím jejich jméno a adresu. Pošlete prosím všem dotčeným osobám / organizacím toto upozornění.

DARTM Respirační systém Obj. kód	číslo šarže	množství	Organizace / osoba Jméno a adresa (pokud je odlišná od výše uvedené)

- **I když nemáte žádný z uvedených produktů, vyplňte prosím tento formulář a zašlete jej do společnosti Covidien.**
- **Podpis zákazníka vyjadřuje potvrzení o převzetí tohoto nápravného opatření, stejně i prověření skladových zásob.**

Informace pro kurýra:

Množství balíčků, které je třeba vyzdvihnout: _____

Hmotnost: < 45kg > 45kg

<u>Jméno zákazníka (tiskacím písmem)</u>	<u>Podpis:</u>	<u>Datum:</u>

- odešlete tento formulář e-mailem na kontaktní adresu uvedenou v záhlaví tohoto formuláře do 10 dnů.
- Pracovníci zákaznického servisu Vás budou kontaktovat, zorganizují vrácení produktu a vystaví Vám dobropis.
- Neposílejte, prosím, produkt zpět bez toho, abyste obdrželi instrukce o způsobu vrácení.
- **O tomto bezpečnostním nápravném opatření byl upozorněn Státní ústav pro kontrolu léčiv.**