



NOTATKA DORADCZA

Załącznik 7.1.

do PJ-04-05

Strona 1 z 1

Wydanie I

Nazwa użytkownika wyrobu medycznego

Nazwa:

Adres:

Tel.:

Fax:

Identyfikacja wyrobu medycznego

nazwa: Przyrząd do przetaczania płynów infuzyjnych

numer LOT: 20140207, 20131204

nr katalogowy (REF): ZARYS28-IS

data ważności: 2019.02.09, 2018.12.01

rozmiar: -----

Opis działań:

W związku ze zgłoszeniem przez jednego z Klientów niespełnienia wymagań jakościowych wyrobu medycznego, Górnośląska Centrala Zaopatrzenia Medycznego ZARYS Sp. z o.o. podjęła decyzję o dobrowolnym wycofaniu z obrotu w/w wyrobu ze wskazanych serii. W związku z powyższym prosimy Klientów o podjęcie następujących kroków:

1. kontrolę ilości posiadanych na stanie przyrządów do przetaczania płynów infuzyjnych ze wskazanych serii;
2. natychmiastowe wstrzymanie sprzedaży/użycia wyrobu i poinformowanie o tym fakcie producenta: G.C.Z.M. ZARYS Sp. z o.o.;
3. Wypełnienie o odesłanie **drogą faksową pod numerem: 32 376-07-56** w terminie **7 dni roboczych od dnia dzisiejszego** do siedziby G.C.Z.M. ZARYS Sp. z o.o. załączonego do niniejszej notatki doradczej formularza zwrotu (załącznik nr 1);
4. kontakt z Działem Sprzedaży G.C.Z.M. ZARYS Sp. z w celu odbioru/wymiany wadliwych wyrobów medycznych.

Kontakt:

Osoby kontaktowe:

Telefon:

Patrycja Kowalczyk – Kierownik Działu Sprzedaży

32 376 07 53, +48 601 651 965

Damian Mądrostkiewicz – St. Specjalista ds. Sprzedaży

32 376 07 50

Zabrze, dnia 2014.06.05

Podpis:

Product Manager
G.C.Z.M. ZARYS Sp. z o.o.
Tomasz Wienczisz
Tomasz Wienczisz

Niniejszy dokument jest własnością Górnośląskiej Centrali Zaopatrzenia Medycznego ZARYS Sp. z o.o. i żadna jego część nie może być zmieniana lub kopiowana bez zgody Pełnomocnika Zarządu d/s Jakości

Górnośląska Centrala Zaopatrzenia Medycznego

ZARYS Sp. z o.o.

ul. Pod Borem 18, 41-808 Zabrze, Poland

Dział Sprzedaży: tel. +48 32 271 69 91, fax +48 32 274 72 84

e-mail: zarys@zarys.com.pl



Załącznik 1

FORMULARZ POTWIERDZENIA DZIAŁAŃ ZAPEWNIAJĄCYCH BEZPIECZEŃSTWO

NIEWZŁOCZNIE ODESŁAĆ FORMULARZ NA ADRES:

zarys@zarys.com.pl lub faksem na numer +48 32 376 07 56

<input type="checkbox"/> Otrzymaliśmy niniejszą informację dotyczącą bezpieczeństwa i potwierdzamy wykonanie wymaganych działań. Potwierdzamy, iż NIE posiadamy produktów objętych zakresem niniejszych działań zapewniających bezpieczeństwo.	<input type="checkbox"/> Otrzymaliśmy niniejszą informację dotyczącą bezpieczeństwa i potwierdzamy wykonanie wymaganych działań. Potwierdzamy, iż posiadamy produkty objęte zakresem niniejszych działań zapewniających bezpieczeństwo. Stosowanie i dalsza dystrybucja uszkodzonych produktów zostały przerwane. Wszystkie produkty zostały wstrzymane i zwrócona zostanie następująca ilość produktów.
---	---

PROSIMY WYRAŹNIE WPISAĆ ILOŚĆ ZWRACANYCH PRODUKTÓW

NAZWA HANDLOWA PRODUKTU, KTÓREGO DOTYCZY PROBLEM:	Przyrząd do przetaczania płynów infuzyjnych	
NUMER KATALOGOWY:	NUMER SERII:	ILOŚĆ:

Należy wypełnić niniejszy Formularz Potwierdzenia i niezwłocznie odesłać faksem (numer podany powyżej) lub na podany powyżej adres e-mail.

NAZWA, ADRES INSTYTUCJI:	
DATA:	

Sąd Rejonowy w Gliwicach
X Wydział Gospodarczy KRS
KRS Nr 0000109373
Regon: 273295877
NIP PL: 648-19-97-718

ING Bank Śląski S.A. O/Zabrze
811 0501 5881 0000002031 72614
Bank PEKAO SA O/Zabrze
641 24042271111 000048477127
Kapitał zakładowy: 1 250 000 zł.

