

Identyfikator FSN: 2020-09 (01)

Identyfikator FSCA: 2020-09 (01)

Data: 16 OCT 2020

### Formularz odpowiedzi dystrybutora

| 1. Informacje o Notatce bezpieczeństwa (FSN) |                                    |
|--|------------------------------------|
| Identyfikator FSN*                           | 2020-09 (01)                       |
| Data FSN*                                    | 16 OCT 2020                        |
| Nazwa produktu/wyrobu*                       | Zob. Załącznik I, Tabela produktów |
| Kod(y) produktu(ów)                          | Zob. Załącznik I, Tabela produktów |
| Numer(y) partii / Numer(y) seryjny(-ne)      | Zob. Załącznik I, Tabela produktów |

| 2. Dane dystrybutora                          |  |
|---|--|
| Nazwa firmy*                                  |  |
| Numer konta                                   |  |
| Adres*  |  |
| Ares do wysyłki, jeśli jest inny niż powyższy |  |
| Imię i nazwisko osoby do kontaktów*           |  |
| Stanowisko lub funkcja                        |  |
| Numer telefonu*                               |  |
| E-mail*                                       |  |

| 3. Potwierdzenie odesłania do Nadawcy                   |  |
|---|--|
| E-mail  | Wstępnie wypełnione przez<br>wytwórcę/nadawcę/wnioskodawcę |
| Infolinia dystrybutora                                  | Wstępnie wypełnione przez<br>wytwórcę/nadawcę/wnioskodawcę |
| Adres pocztowy  | Wstępnie wypełnione przez<br>wytwórcę/nadawcę/wnioskodawcę |
| Portal internetowy                                      | Wstępnie wypełnione przez<br>wytwórcę/nadawcę/wnioskodawcę |
| Termin odesłania Formularza odpowiedzi<br>dystrybutora* | Wstępnie wypełnione przez<br>wytwórcę/nadawcę/wnioskodawcę |

| 4. Dystrybutorzy (Zaznacz wszystkie właściwe opcje) |   |  |              |                          |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--|--------------|--------------------------|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/>                            | *Potwierdzam otrzymanie, przeczytanie i zrozumienie Notatki bezpieczeństwa.   |  |              |                          |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/>                            | Sprawdziłem(-am) swoje zapasy i zidentyfikowałem(-am) zestawy/ pojedynczo pakowane wyroby, których dotyczy Notatka.<br>Wypełniłem(-am) tabelę, wpisując do niej szczegółowe informacje o liczbie sztuk wyrobów, których dotyczy Notatka, numer artykułu i numer partii/serii. | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Liczba sztuk</th> <th>Numer artykułu/materiału</th> <th>Numer partii/serii</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> | Liczba sztuk | Numer artykułu/materiału | Numer partii/serii |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Liczba sztuk  | Numer artykułu/materiału  | Numer partii/serii   |              |                          |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |  |              |                          |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |  |              |                          |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |  |              |                          |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |  |              |                          |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |  |              |                          |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Identyfikator FSN: 2020-09 (01)

Identyfikator FSCA: 2020-09 (01)

Data: 16 OCT 2020

|  |   |                     |                                 |                           |
|--|---|---------------------|---------------------------------|---------------------------|
|  |   | Nd.                 | Uwagi:                          |                           |
| <input type="checkbox"/>               | Zidentyfikowałem(-am) klientów, którzy otrzymali lub mogą otrzymać ten wyrób.   |                     |                                 |                           |
| <input type="checkbox"/>               | Załączyłem(-am) listę klientów.   |                     |                                 |                           |
| <input type="checkbox"/>               | Powiadomiłem(-am) zidentyfikowanych klientów o tej FSN.   | Data powiadomienia: |                                 |                           |
| <input type="checkbox"/>               | Otrzymałem(-am) potwierdzenie odpowiedzi od wszystkich identyfikowanych klientów.   |                     |                                 |                           |
| <input type="checkbox"/>               | Zniszczyłem(-am) pojedynczo pakowane wyroby, których dotyczy Notatka.<br><br>Wypełniłem(-am) tabelę, wpisując do niej szczegółowe informacje o liczbie sztuk wyrobów, których dotyczy Notatka, numer artykułu i numer partii/serii. | <b>Liczba sztuk</b> | <b>Numer artykułu/materiału</b> | <b>Numer partii/serii</b> |
|  |   |                     |                                 |                           |
|  |   |                     |                                 |                           |
|  |   |                     |                                 |                           |
|  |   |                     |                                 |                           |
|  |   |                     |                                 | Nd.                       |
| <input type="checkbox"/>               | Ani ja ani żaden z moich klientów nie mamy na stanie żadnych wyrobów, których dotyczy Notatka.  |                     |                                 |                           |
| Imię i nazwisko, drukowanymi literami* |   |                     |                                 |                           |
| Podpis*                                |   |                     |                                 |                           |
| Data*                                  |   |                     |                                 |                           |

Pola obowiązkowe są oznaczone \*

Jest ważne, by Twoja organizacja podjęła działania opisane w FSN i potwierdziła, że otrzymałeś(-aś) tę FSN.

Odpowiedź Twojej organizacji jest dowodem, którego potrzebujemy do monitorowania postępów działań naprawczych.