

### Formularz odpowiedzi dystrybutora

<b>1. Komunikat bezpieczeństwa stosowania produktu (FSN)</b>	
Numer referencyjny FSN*	2019-12 (02)
Data sporządzenia FSN*	03 Mar 2020
Nazwa produktu/wyrobu*	Patrz tabela produktów w Dodatku I
Kod(y) produktu	Patrz tabela produktów w Dodatku I
Numer partii/seryjny	Patrz tabela produktów w Dodatku I

<b>2. Dane dystrybutora</b>	
Nazwa firmy*	
Numer konta	
Adres*	
Adres do wysyłki, jeśli jest inny niż powyżej	
Nazwisko osoby kontaktowej*	
Tytuł lub stanowisko	
Numer telefonu*	
E-mail*	

<b>3. Zwrócić potwierdzenie do nadawcy</b>	
E-mail	Wypełnia producent/nadawca/wnioskodawca
Infolinia dla dystrybutorów	Wypełnia producent/nadawca/wnioskodawca
Adres pocztowy	Wypełnia producent/nadawca/wnioskodawca
Witryna internetowa	Wypełnia producent/nadawca/wnioskodawca
Termin zwrotu formularza odpowiedzi dystrybutora*	Wypełnia producent/nadawca/wnioskodawca

<b>4. Dystrybutorzy (Zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi)</b>		
<input type="checkbox"/>	*Potwierdzam odbiór komunikatu bezpieczeństwa stosowania produktu oraz przeczytanie i zrozumienie jego treści.	
<input type="checkbox"/>	Sprawdziłem/-am zapasy magazynowe i zidentyfikowałem/-em uszkodzone paki.	
<input type="checkbox"/>	Zidentyfikowałem/-am klientów, którzy otrzymali lub mogli otrzymać niniejszy wyrób	
<input type="checkbox"/>	Dołączyłem/-am wykaz klientów	
<input type="checkbox"/>	Poinformowałem/-am zidentyfikowanych klientów o niniejszym FSN	Data przekazania komunikatu:

Nr ref. FSN: 2019-12 (02)

FSCA Nr ref.: 2019-12 (02)

Data: 03 Mar 2020

<input type="checkbox"/>	Otrzymałem/-am potwierdzenie odpowiedzi od wszystkich zidentyfikowanych klientów	
<input type="checkbox"/>	Zniszczyłem/zniszczyłam produkty, których dotyczy problem – należy podać numery zniszczonych wyrobów oraz datę.	Liczba: Nazwa produktu i numer partii:
		Liczba: Nazwa produktu i numer partii:
		Liczba: Nazwa produktu i numer partii:
		Liczba: Nazwa produktu i numer partii:
		Liczba: Nazwa produktu i numer partii:
		Liczba: Nazwa produktu i numer partii:
		Liczba: Nazwa produktu i numer partii:
		N/D Komentarze:
<input type="checkbox"/>	Ani ja, ani żaden z moich klientów nie posiadamy w inwentarzu żadnego z wyrobów, których dotyczy problem.	
Nazwisko drukowanymi literami*		
Podpis*		
Data *		

Pola obowiązkowe oznaczone są \*

Ważne jest, aby placówka potwierdziła odebranie FSN i podjęła działania w nim wyszczególnione.

Odpowiedź placówki stanowi dowód, którego potrzebujemy w celu monitorowania postępów działań naprawczych.