

### Formularz odpowiedzi klienta

1. Komunikat bezpieczeństwa stosowania produktu (FSN)	
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

2. Dane klienta	
Numer konta	
Nazwa placówki służby zdrowia*	
Adres placówki*	
Oddział/jednostka	
Adres do wysyłki, jeśli jest inny niż powyżej	
Nazwisko osoby kontaktowej*	
Tytuł lub stanowisko	
Numer telefonu*	
E-mail*	

3. Działania klienta podejmowane w imieniu placówki służby zdrowia	
<input type="checkbox"/> Potwierdzam odbiór komunikatu bezpieczeństwa stosowania produktu oraz przeczytanie i zrozumienie jego treści. Zidentyfikowałam/em uszkodzone komponenty i zniszczyłam/am produkty, których dotyczy problem.	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"/> Potwierdzam odbiór komunikatu bezpieczeństwa stosowania produktu oraz przeczytanie i zrozumienie jego treści. Nie dysponuję żadnymi wyrobami, których dotyczy problem.	
Nazwisko drukowanymi literami*	
Podpis*	
Data*	

Nr ref. FSN: 2019-12 (02)

FSCA Nr ref.: 2019-12 (02)

Data: 03 Mar 2020

--	--

<b>4. Zwrócić potwierdzenie do nadawcy</b>	
E-mail	<a href="mailto:vigilance@molnlycke.com">vigilance@molnlycke.com</a>
Infolinia dla klientów	+48 22 350 5280
Adres pocztowy	Mölnlycke Health Care AB, P.O. Box 130 80, SE-402 52 Gothenburg, Szwecja
Faks	+46 31 722 34 00
Termin zwrotu formularza odpowiedzi klienta*	W ciągu 10 dni

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.