

# COOK®

**Cook Medical Europe**

O'Halloran Road,  
National Technological  
Park,  
Limerick, Irlandia.  
Telefon: + 353 61 334440  
Faks: + 353 61 334441

## FORMULARZ ODPOWIEDZI KLIENTA NA DZIAŁANIE KORYGUJĄCE

---

Numer referencyjny działania korygującego: 2017FA0002

Urządzenie dotknięte wadą:

- Check-Flo® Hemostasis Assembly
- Flexor® Radial Access Sets
- TriForce™ Peripheral Crossing Set
- Check-Flo® Introducer Hausdorf-Lock Atrial

\*Należy mieć na uwadze, że potencjalne skutki uboczne dotyczą jedynie określonych urządzeń z hemostatycznym zaworem niebieskim (poliizoprenowym).

Należy zapoznać się z załączoną pełną listą produktów objętych niniejszymi czynnościami.

**Proszę podać następujące dane:**

Numer klienta (zgodnie z załączoną listą produktów): \_\_\_\_\_

Nazwa klienta: \_\_\_\_\_

Ulica: \_\_\_\_\_

Miasto i kod pocztowy: \_\_\_\_\_

Osoba wypełniająca: \_\_\_\_\_

Dział: \_\_\_\_\_

Numer telefonu: \_\_\_\_\_  
(wypełniać drukiem)

**Wskazać, które z poniższych stwierdzeń dotyczy Państwa obiektu:**

Nie posiadamy w zapasach wyrobu dotkniętego wadą

Zwracamy pozostałą nam część zapasów w zamian za uznanie z tytułu zwrotu kosztów, patrz szczegółowe informacje poniżej

**\*\*Faktura pro forma wymagana do zwrotu produktu (produktów):**  Tak  Nie

**\*\*Czy Państwa klienci zostali poinformowani o niniejszym działaniu korygującym dotyczącym bezpieczeństwa wyrobu medycznego?**

Tak     Nie

Jeśli zwracają Państwo produkt dotknięty wadą, prosimy podać numer partii, numer lot i ilość sztuk:

Numerpartii wyrobu	Numer lot wyrobu	Liczba sztuk

Podpis: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Wypełniony Formularz odpowiedzi klienta prosimy odesłać na adres [European.FieldAction@cookmedical.com](mailto:European.FieldAction@cookmedical.com) lub faksem na numer + 353 61 334441.