

Działanie korygujące dotyczące bezpieczeństwa
FORMULARZ ODPOWIEDZI KLIENTA

«CUSTOMER_NAME»
«STREET_ADDRESS»
«POST_CODE» «CITY»,
«COUNTRY»

DOT.: FSCA-PMJ-21-04

Instrukcja użytkowania wideoduodenoskopu PENTAX Medical ED34-i10T2 i jednorazowej, sterylnej nasadki PENTAX Medical na koniec dystalny z elewatoem OE-A63

- Przeczytałem(-am) i zrozumiałem(-am) instrukcje zwarte w Zawiadomieniu o działaniu korygującym dotyczącym bezpieczeństwa.

Informacje kontaktowe	
Nazwa	
Tytuł	
Telefon	
Numer faksu	
Adres e-mail	

Podpis / Podpis elektroniczny osoby poświadczającej przyjęcie	Data

Po wypełnieniu i podpisaniu tego formularza prosimy o odesłanie go jednym z poniższych sposobów:

- Wypełniony formularz należy wysłać do **lokalnego przedstawiciela firmy PENTAX** jako skan w formacie .pdf na następujący adres e-mail: **{adres e-mail}**.

W razie jakichkolwiek pytań dotyczących niniejszego działania prosimy o kontakt z lokalnym **przedstawicielem handlowym firmy PENTAX**:

Tel.: **{numer telefonu}**
Email: **{adres e-mail}**