



# CardinalHealth

Formularz potwierdzenia klienta – zdarzenie-2020-03257

**Lateksowe rękawice chirurgiczne Protexis Latex Micro Surgical Gloves firmy Cardinal Health**  
Kody produktu: 2D72NT55X, 2D72NT60X, 2D72NT65X, 2D72NT70X, 2D72NT75X, 2D72NT80X,  
2D72NT85X, 2D72NT90X

Firma Cardinal Health wydała Notatkę Bezpieczeństwa dotyczącą wady wykrytej w lateksowych rękawicach chirurgicznych PROTEXIS™ Latex Micro Surgical Gloves firmy Cardinal Health™, która może doprowadzić do pojawienia się dziur oraz przedarcia w zgięciach mankietów rękawic przy ich wkładaniu.

Niniejsza Notatka Bezpieczeństwa odnosi się do ośmiu kodów produktu z różnych partii. Szczegółowe informacje dotyczące kodów i partii produktu można znaleźć w tabeli notatki.

<b>Nr konta klienta oraz imię i nazwisko:</b>	
<b>Imię i nazwisko osoby do kontaktu po stronie klienta:</b>	
<b>Adres klienta:</b>	
<b>Nr przedstawiciela handlowego oraz imię i nazwisko:</b>	
<b>Dane kontaktowe przedstawiciela handlowego:</b>	

Z naszych danych wynika, że Państwa placówka otrzymała produkt objęty powyższą Notatką Bezpieczeństwa.

### **Część 1. Potwierdzenie (klient)**

Zapoznaliśmy się z powyższą Notatką Bezpieczeństwa i wymogami przeprowadzenia dodatkowej kontroli.

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko / podpis: (klient)

\_\_\_\_\_  
Stanowisko: (klient)

\_\_\_\_\_  
Nr tel. osoby do kontaktu: (klient)

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

Prosimy o przesłanie wypełnionego formularza potwierdzenia do przedstawiciela handlowego, korzystając z powyższych danych kontaktowych.

### **LUB**

### **Część 2. Potwierdzenie (przedstawiciel firmy Cardinal Health)**

Potwierdzam, że klient został poinformowany o powyższej Notatce Bezpieczeństwa.

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko / podpis:  
(przedstawiciel firmy Cardinal Health)

\_\_\_\_\_  
Stanowisko:

\_\_\_\_\_  
Nr tel. osoby do kontaktu:  
(przedstawiciel firmy Cardinal Health)

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