

**FORMULARZ POTWIERDZENIA KLIENTA**  
**PILNE ZAWIADOMIENIE DOTYCZĄCE BEZPIECZEŃSTWA**  
**(wycofanie produktu)**  
**Cordis20211001-EMEA**  
**System stentów naczyniowych Cordis S.M.A.R.T.™ Flex**

Firma Cordis wycofuje określone partie systemu stentów naczyniowych S.M.A.R.T.™ Flex ze względu na ryzyko przemieszczenia/oddzielenia się końcówki dystalnej z uwagi na niewłaściwe nałożenie kleju.

Listę wadliwych partii zawiera Tabela 1 w zawiadomieniu dotyczącym bezpieczeństwa.

<b>Osoba kontaktowa</b>	
<b>Oddział</b>	
<b>Nazwa szpitala</b>	
<b>Kod pocztowy</b>	
<b>Ulica</b>	
<b>Miejscowość</b>	
<b>Kontaktowy adres e-mail</b>	
<b>Telefon kontaktowy</b>	

Z naszych danych wynika, że Państwa placówka otrzymała produkt objęty wspomnianą akcją wycofywania produktu.

**Część 1. Potwierdzenie (klient)**

**Otrzymaliśmy zawiadomienie o wycofaniu produktu.**

**Czy w Państwa placówce lub jakiegokolwiek innej placówce, która otrzymała od Państwa produkty z wadliwej partii, znajdują się jakiegokolwiek produkty wymagające zwrotu? (Przed udzieleniem odpowiedzi należy sprawdzić stan zapasów).**

Tak \_\_\_\_\_ lub Nie \_\_\_\_\_

Jeśli zaznaczono „Tak”, należy odizolować wszelkie pozostałe egzemplarze produktu, zaprzestać ich używania oraz wypełnić poniższą tabelę.

**Firma Cordis skontaktuje się z Państwem w celu zorganizowania zwrotu produktu oraz dokona zwrotu środków po otrzymaniu i zweryfikowaniu zwrotu.**

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

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

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

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

**LUB**

**Część 2. Potwierdzenie (przedstawiciel firmy Cordis)**

**Potwierdzam, że klient został poinformowany o powyższym wycofaniu.**

**Czy w placówce klienta lub jakiegokolwiek innej placówce, która otrzymała produkty z wadliwej partii, znajdują się jakiegokolwiek produkty wymagające zwrotu? (Przed udzieleniem odpowiedzi należy sprawdzić stan zapasów).**

**Tak \_\_\_\_\_ lub Nie \_\_\_\_\_**

**Jeśli zaznaczono „Tak”, należy powiadomić klienta o konieczności odizolowania wszelkich pozostałych egzemplarzy produktu, zaprzestania ich używania oraz wypełnienia poniższej tabeli.**

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

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

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

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

## FORMULARZ ZWROTU PRODUKTU

Jeśli posiadają Państwo podlegające zwrotowi produkty, których dotyczy problem, należy wypełnić poniższą tabelę.

Kod produktu	Numer partii	Ilość do zwrotu	Jednostka miary (sztuki, kartony)	Oryginalna faktura / zamówienie

<b>Godziny otwarcia do odbioru paczek</b>	
<b>Liczba paczek</b>	
<b>Masa</b>	
<b>Dodatkowe informacje dla kuriera odbierającego produkt</b>	
<b>Imię i nazwisko przedstawiciela handlowego (jeśli są znane)</b>	
<b>Dane kontaktowe przedstawiciela handlowego (jeśli są znane)</b>	

Wypełniony formularz należy odesłać na następujący adres e-mail:

[michal.izbicki@cardinalhealth.com](mailto:michal.izbicki@cardinalhealth.com)