

**NOTATKA BEZPIECZEŃSTWA (wycofanie produktu)**  
**Cordis20210216-CE**  
**FORMULARZ POTWIERDZENIA KLIENTA**  
**System stentów tętnic szyjnych Cordis PRECISE PRO RX™**

Firma Cordis wycofuje określone partie **systemu stentów tętnic szyjnych Cordis PRECISE PRO RX™** z uwagi na możliwość oddzielenia się końcówki dystalnej od światła przewodu. Listę wadliwych partii zawiera Tabela 1 w zawiadomieniu dotyczącym bezpieczeństwa.

<b>Imię i nazwisko klienta:</b>	
<b>Nr konta klienta:</b>	
<b>Imię i nazwisko osoby do kontaktu po stronie klienta:</b>	
<b>Adres klienta:</b>	

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

**Część 1. Potwierdzenie (klient)**

Otrzymaliśmy Notatkę o wycofaniu produktu.

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

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

**Jeśli tak**, prosimy je odizolować, aby mieć pewność, że nie zostaną użyte. Prosimy wypełnić pozostałą część niniejszego formularza, podpisać go i przesłać pocztą elektroniczną na adres [CordisCorp-FA-SS@cardinalhealth.com](mailto:CordisCorp-FA-SS@cardinalhealth.com)

Firma Cardinal Health zorganizuje zwrot produktu i dokona zwrotu środków.

**Jeśli nie**, prosimy podpisać niniejszy formularz i przesłać go pocztą elektroniczną na adres [CordisCorp-FA-SS@cardinalhealth.com](mailto:CordisCorp-FA-SS@cardinalhealth.com)

**Informacje na temat produktów do zwrotu**

Kod produktu	Numer partii	Ilość do zwrotu	Jednostka miary
<b>Całkowita ilość do zwrotu</b>			
<b>Całkowita liczba opakowań do odbioru</b>			<b>UWAGA:</b> firma Cardinal Health dostarczy etykietę zwrotną dla każdego opakowania.

**Informacje na temat lokalizacji produktów do zwrotu**

<b>Dokładny adres lokalizacji produktów, z której zostaną odebrane przez kuriera</b>	
<b>Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za zwrot</b>	
<b>Numer telefonu osoby odpowiedzialnej za zwrot</b>	
<b>Adres e-mail osoby odpowiedzialnej za zwrot</b>	

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

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

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

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