

Załącznik do wiadomości
Numer klienta
Nazwa i adres klienta

Rodzaj kontaktu

- Wstępny kontakt
 Drugi kontakt
 Trzeci kontakt

**FORMULARZ ŚLEDZENIA / WERYFIKACJI
ODPOWIEDZI**
**PILNY DOBROWOLNY ZWROT WYROBÓW MEDYCZNYCH
WYMAGANE NATYCHMIASTOWE PODJĘCIE DZIAŁAŃ**
Aplikator pMTA Accu2i

Wytyczne: Wypełnić, podpisać i odesłać:
Do wiadomości: Accu2i Applicator Recall Coordinator
Adres e-mail (opcja preferowana): recall@angiodynamics.com
Faks: 1-800-782-1357
Rocco Denino — telefon: 518-795-1358 lub Tonya Markham — telefon: 518-795-1116
Zwrot wyrobów za pośrednictwem FedEx (konto nr 284750594, opcja dostawy dwudniowej) na adres:
AngioDynamics, Inc.
603 Queensbury Avenue
Queensbury, NY 12804
Attn: Accu2i Applicator Recall Coordinator

Uwaga: Procedurze zwrotu podlegają wyłącznie wyroby/serie wskazane poniżej.

Aplikator pMTA Accu2i							
Opis wyrobu:	Nr wyrobu:	Nr referencyjny/ katalogowy:	Nr serii/ partii	Wysłana ilość (pudełka)	Data wysyłki	Numer zlecenia sprzedaży	Zwracana ilość

NIE posiadamy żadnych wyrobów podlegających procedurze zwrotu.

Posiadamy wyroby podlegające procedurze i zwracamy je w ilości (liczbie sztuk) wskazanej powyżej.
Numer autoryzacji zwrotu: 87ACC _ _ _ Data zwrotu wyrobu: _____

Wyroby podlegające zwrotowi zostały przekazane do innej placówki, **która otrzymała od nas kopię** niniejszego powiadomienia o rozpoczęciu procedury zwrotu.
Nazwa placówki / osoba kontaktowa: _____
Adres: _____
Telefon: _____ Faks: _____

Nie otrzymaliśmy żadnych skarg dotyczących działań niepożądanych związanych z użyciem wyrobu.
Jeśli wystąpił taki przypadek, prosimy o jak najszybsze dostarczenie firmie AngioDynamics szczegółów.



Aby zapewnić zgodność z przepisami prawa, prosimy wypełnić niniejszy formularz w całości.

Nazwisko osoby kontaktowej

(drukowanymi literami): _____ Stanowisko: _____

Nazwa placówki: _____ Dział: _____

Miasto i stan: _____

Telefon: ___-___-____ Faks: ___-___-____ Adres e-mail: _____

Podpis osoby kontaktowej: _____ Data: _____