

Prosimy o wypełnienie tego formularza, nawet jeśli nie posiadają Państwo żadnych wadliwych produktów i przesłanie pod: «Customer_Service_Fax_Number»

«Sold_to» - «Hospital_Name» - «City» - «Country_Name»

Formularz weryfikacyjny (dla dystrybutora) – Pilne wycofanie z rynku wyrobu medycznego
"Name of the Product"
91167229-FA

1. Potwierdzamy otrzymanie zawiadomienia dotyczącego bezpieczeństwa w dniu «Date_notif_sent».
2. Dane firmy Boston Scientific wskazują, że Państwa placówka otrzymała produkty objęte zawiadomieniem (dodatkowo prosimy sprawdzić czy produkty te znajdują się u Państwa korzystając z załączonej listy wszystkich produktów objętych zawiadomieniem)

Opis produktu	Numer katalogowy (UPN)	Numer Lot / serii	Zamówienie Klienta	Wysłana ilość (Jednostek)	Ilość do zwrotu (Jednostek)
«DESCRIPTION»					

3. Potwierdzamy dokonanie kontroli wszystkich miejsc i **klentów**, u których może znajdować się wadliwy produkt.

4. PROSIMY ZAZNACZYĆ JEDNO ZE STWIERDZEŃ*, PODPISAC TEN FORMULARZ i przesłać pod: «Customer_Service_Fax_Number»

- Nie posiadamy żadnego produktu objętego zawiadomieniem.
- Znaleźliśmy produkty objęte zawiadomieniem: Prosimy o podanie powyżej ilości do zwrotu. Jeśli zwracają Państwo produkt, którego nie ma na liście powyżej, prosimy podać także numer UPN, numer serii oraz ilość do zwrotu.

W CELU ZWROTU PRODUKTU:

1. Proszę skontaktować się z lokalnym Biurem Obsługi Klienta pod numerem «Customer_Service_Tel» w celu ustalenia zwrotu wadliwych produktów.
2. Proszę przygotować przesyłkę.
3. Proszę przestrzegać instrukcji Lokalnego Biura Obsługi Klienta dotyczących odbioru tej przesyłki.

NAZWISKO I IMIĘ* _____ TYTUŁ _____
(Należy wpisać pismem maszynowym/drukowanym)

Nr telefonu _____ Email _____

PODPIS klienta* _____ DATA* _____

* Wymagane pole

dzień/miesiąc/rok