

FORMULARZ ZWROTNY DO LISTU O WYCOFANIU PRODUKTU z dn. XXXXXX**Nazwa produktu:****Kod produktu:****Numery serii:**

Proszę wypełnić ten formularz i odesłać po jednym formularzu z danego ośrodka na adres e-mail FA_QA@baxter.com jako potwierdzenie, że otrzymali Państwo niniejsze powiadomienie.

List przewodni nie jest wymagany.

Nazwa i adres ośrodka:	
Formularz zwrotny wypełniony przez: (proszę wpisać drukiem)	
Nazwa stanowiska: (proszę wpisać drukiem)	
Adres e-mail i (lub) numer telefonu (z numerem kierunkowym):	

Prosimy o zaznaczenie odpowiednich pól:

- Nie mamy w posiadaniu serii objętych wycofaniem.
- Mamy w posiadaniu serie objęte wycofaniem i produkt został objęty kwarantanną

Prosimy o podanie ilości poszczególnych serii, które będą zwrócone*:

Kod produktu	Numer serii	Ilość sztuk do zwrotu

* Można dołączyć kolejną stronę, jeśli potrzeba

- Skontaktujemy się z naszymi pacjentami domowymi i prześlemy informację do firmy Baxter, jak tylko będzie dostępna.

Poniższy podpis oznacza, że otrzymali Państwo załączony list, przeprowadzili Państwo wymagane działania wskazane w liście oraz przekazali Państwo tę informację swojemu personelowi oraz odpowiednio innym serwisom i oddziałom.

Podpis/Data: POLE WYMAGANE	<hr/>
--	-------