



PILNA INFORMACJA DOTYCZĄCA BEZPIECZEŃSTWA

Dotyczy modeli:

ureterorenovideoendoskop URF-V2/V2R
i
ureterorenofiberoskop URF-P6/P6R

Szanowni Państwo,

odsyłając wypełniony formularz, potwierdzam otrzymanie powiadomienia o Działaniu Naprawczym dotyczącym bezpieczeństwa oraz Instrukcji bezpiecznego użytkowania wspomnianych powyżej endoskopów o numerach modeli URF-V2/V2R i URF-P6/P6R. Zawarte w nich informacje udostępnię pracownikom odpowiednich oddziałów.

Rozumiem, że przed zastosowaniem endoskopu do zabiegu muszę sprawdzić posiadane aparaty zgodnie z zaleceniami Instrukcji Bezpiecznego Użytkowania.

Placówka (pełna nazwa):

Adres:

Miasto:

Województwo: _____

Kod pocztowy: _____

Imię i nazwisko: _____

Numer telefonu: _____

Data

Podpis

**Wypełniony formularz odpowiedzi należy przesłać do firmy OLYMPUS faksem na numer
22 831 04 53**