

Pilna informacja dotycząca bezpieczeństwa w terenie (FSN)

Załącznik 1: Formularz potwierdzenia wycofania dla dystrybutora

Numer referencyjny FSN: HHE 2021-5

Data FSN: Grudzień 2021

Drogi Kliencie DENTSPLY SIRONA,

Dane firmy DENTSPLY SIRONA wskazują, że potencjalnie wadliwe pilniki endodontyczne (określone w poniższej tabeli) zostały wysłane do Państwa placówki dystrybucyjnej.

Wypełnij ten formularz, aby potwierdzić, że otrzymałeś i rozumiesz to Wycofanie, a także powiadomisz swoich klientów, do których potencjalnie wysłano produkty, których dotyczy problem.

Czy masz teraz w swoim obiekcie produkt, którego dotyczy problem?

Tak, obecnie w naszym obiekcie znajduje się co najmniej jeden przedmiot, którego dotyczy problem.

Numer katalogowy	Model	Nr partii	Ilość zwrócona (określić przypadki lub przedmioty)
A001522501303	PATHFILE STER 25MM/013	1734034	
A0411221G0103	PROTAPER GOLD F1 21MM STER	1734130	
A0411221G0203	PROTAPER GOLD F2 21MM STER	1734012	
A0411225G0203	PROTAPER GOLD F2 25MM STER	1734128	
A0411231G0203	PROTAPER GOLD F2 31MM STER	1734126	
A092622500103	PROGLIDER 6FILE STERILE 25MM	1734001	

Nie, obecnie w naszym obiekcie nie mamy żadnych produktów, których dotyczy problem (wysłano je już do klientów).

Niniejszym potwierdzam otrzymanie, przeczytanie i zrozumienie Informacji dotyczącej bezpieczeństwa w terenie. Potwierdzam, że:

- 1) Wszystkie artykuły znajdujące się w magazynie, wymienione w powyższej tabeli zostały zwrócone do dystrybutora DENTSPLY SIRONA w celu uzyskania pełnego zwrotu pieniędzy.
- 2) Zidentyfikowałem klientów, którzy otrzymali lub mogli otrzymać ten wyrób. Proszę o dostarczenie firmie DENTSPLY SIRONA listy wszystkich klientów (dentystów), którzy zakupili produkt.

3) Poinformowałem zidentyfikowanych klientów o tej FSN i przelałem im formularz potwierdzenia dla użytkownika końcowego.

4) Przekazuję firmie DENTSPLY SIRONA potwierdzenie odpowiedzi od wszystkich zidentyfikowanych klientów.

Jeśli Twoja lista klientów jest poufna, przedstaw pisemny dowód, że:

- wszyscy nasi klienci (dentyści), którzy kupili produkty/partie, o których mowa, zostali poinformowani o zaistniałej sytuacji i poproszeni o zwrot zapasów przedmiotowych artykułów.

Podpisując poniżej, potwierdzam, że podjęto wymagane działania zgodnie z niniejszym powiadomieniem o wycofaniu i że zwrócę wadliwy produkt.

Imię i nazwisko drukowanymi literami: _____ Podpis: _____

Stanowisko: _____ Telefon: () ____ - _____ Data ____ / ____ / ____

Nr rachunku _____ Nazwa placówki: _____

Adres placówki: _____

Miasto: _____ Stan: _____ Kod pocztowy: _____

Uwaga: Ten formularz należy zwrócić do firmy DENTSPLY SIRONA przed zamknięciem tej akcji dla Twojego konta. Ważne jest, aby wypełnić ten formularz i wysłać kopię e-mailem na adres Maillefer-Vigilance@dentsplysirona.com.

Załącznik informacje dotyczące UDI (niepowtarzalny identyfikator wyrobu):

Numer katalogowy	Opis	PARTIA	UDI-DI (unikalny identyfikator wyrobu)
A001522501303	PATHFILE STER 25MM/013	1734034	++J00310026DX
A0411221G0103	PROTAPER GOLD F1 21MM STER	1734130	++J00310031DQ
A0411221G0203	PROTAPER GOLD F2 21MM STER	1734012	++J00310031DQ
A0411225G0203	PROTAPER GOLD F2 25MM STER	1734128	++J00310031DQ
A0411231G0203	PROTAPER GOLD F2 31MM STER	1734126	++J00310031DQ
A092622500103	PROGLIDER 6FILE STERILE 25MM	1734001	++J00310030D