



## Potwierdzenie Klienta

Wymagane podjęcie natychmiastowych działań

Nazwa produktu	Nr kat.	Nr partii	Data ważności	Unikalna Identyfikacja Wyrobów Medycznych (UDI)
ARCHITECT SHBG Reagent Kit	8K26-20	01916E000	25APR2017	(01) 00380740017408 (17) 170425 (10) 01916E000 (240) 8K2620
ARCHITECT SHBG Reagent Kit	8K26-20	00316F000	27MAY2017	(01) 00380740017408 (17) 170527 (10) 00316F000 (240) 8K2620
ARCHITECT SHBG Reagent Kit	8K26-20	01816G000	12JUL2017	(01) 00380740017408 (17) 170712 (10) 01816G000 (240) 8K2620
ARCHITECT SHBG Reagent Kit	8K26-20	00916I000	05SEP2017	(01) 00380740017408 (17) 170905 (10) 00916I000 (240) 8K2620
ARCHITECT SHBG Reagent Kit	8K26-20	07316I000	21OCT2017	(01) 00380740017408 (17) 171021 (10) 07316I000 (240) 8K2620
ARCHITECT SHBG Reagent Kit	8K26-20	00916L000	16DEC2017	(01) 00380740017408 (17) 171216 (10) 00916L000 (240) 8K2620
ARCHITECT SHBG Reagent Kit	8K26-25	01816E000	25APR2017	(01) 00380740017415 (17) 170425 (10) 01816E000 (240) 8K2625
ARCHITECT SHBG Reagent Kit	8K26-25	00216F000	27MAY2017	(01) 00380740017415 (17) 170527 (10) 00216F000 (240) 8K2625
ARCHITECT SHBG Reagent Kit	8K26-25	01716G000	12JUL2017	(01) 00380740017415 (17) 170712 (10) 01716G000 (240) 8K2625
ARCHITECT SHBG Reagent Kit	8K26-25	00816I000	05SEP2017	(01) 00380740017415 (17) 170905 (10) 00816I000 (240) 8K2625
ARCHITECT SHBG Reagent Kit	8K26-25	07216I000	21OCT2017	(01) 00380740017415 (17) 171021 (10) 07216I000 (240) 8K2625

Korekta produktu wydana przez firmę Abbott Diagnostics dnia 18 kwietnia 2017 r.

**Wskazówki:** Prosimy o przekazanie kopii pisma towarzyszącego kierownikowi laboratorium/osobie odpowiedzialnej za wykonywanie oznaczeń z użyciem testu ARCHITECT SHBG.

Kierownik laboratorium/osoba odpowiedzialna za wykonywanie oznaczeń powinna wypełnić poniższe rubryki, potwierdzając tym samym otrzymanie ww. pisma, a następnie **przesłać te dane faksem do dnia 2 maja 2017 r., nr faksu: (+48) 22 319 12 01, lub drogą elektroniczną na adres [sonia.agudo@abbott.com](mailto:sonia.agudo@abbott.com). Nawet jeśli nie posiadają Państwo już ww. analizatora(ów), prosimy odesłać wypełniony formularz, który umożliwi zaktualizowanie naszej bazy danych.**

Dziękujemy za Państwa współpracę.

Abbott Diagnostics  
Dział Kontroli Jakości

Czy wymagane działania opisane w ww. piśmie dotyczącym korekty produktu są zrozumiałe i czy zostały wykonane?

Tak

Nie (W przypadku odpowiedzi „Nie” skontaktuje się z Państwem przedstawiciel firmy Abbott).

Nie dotyczy. Nie posiadamy już danego analizatora.

\_\_\_\_\_  
Numer Klienta

\_\_\_\_\_  
Nr(y) seryjny(e)

\_\_\_\_\_  
Nazwa placówki

\_\_\_\_\_  
Adres

\_\_\_\_\_  
Numer telefonu

\_\_\_\_\_  
Miejscowość

\_\_\_\_\_  
Kod pocztowy

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko (drukowanymi)

\_\_\_\_\_  
Tytuł/stanowisko

\_\_\_\_\_  
Podpis

\_\_\_\_\_  
Data