



## Potwierdzenie Klienta

Wymagane podjęcie natychmiastowych działań

Nazwa produktu	Nr kat.	Nr partii	Niepowtarzalny kod identyfikacyjny wyrobu (UDI)
ARCHITECT Complement C3	9D96-21	Wszystkie	Nie dot.
ARCHITECT Immunoglobulin A	9D98-21		
ARCHITECT Immunoglobulin G	9D99-21		
ARCHITECT Immunoglobulin M	1E01-21		
ARCHITECT Apolipoprotein A1	9D92-21		
ARCHITECT Complement C4	9D97-21		
ARCHITECT Haptoglobin	9D91-21		
ARCHITECT Apolipoprotein B	9D93-21		
ARCHITECT Transferrin	1E04-21		
	1E04-41		

Pismo dotyczące korekty produktu wydane przez firmę Abbott Diagnostics dnia 16 maja 2019 r.

**Wskazówki:** Prosimy o przekazanie kopii pisma towarzyszącego kierownikowi laboratorium/dyrektorowi ds. medycznych odpowiedzialnemu za wykonywanie oznaczeń z użyciem produktów ARCHITECT wymienionych w powyższej tabeli.

Kierownik laboratorium/pracownik odpowiedzialny za wykonywanie oznaczeń powinien wypełnić poniższe rubryki, potwierdzając tym samym otrzymanie ww. pisma, a następnie **odesłać formularz faksem do dnia 31 maja 2019 r., nr faksu: (+48) 22 319 12 01, lub drogą elektroniczną na adres [malgorzata.kozlowska@abbott.com](mailto:malgorzata.kozlowska@abbott.com) oraz [QA\\_RegionEast@abbott.com](mailto:QA_RegionEast@abbott.com). Nawet jeśli nie posiadają Państwo już ww. analizatora(ów), prosimy odesłać wypełniony formularz, co umożliwi zaktualizowanie naszej bazy danych.**

Dziękujemy za Państwa współpracę.  
Abbott Diagnostics  
Dział Kontroli Jakości

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

Tak

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

Czynność **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