



Potwierdzenie Klienta

Wymagane podjęcie natychmiastowych działań

Nazwa produktu	Nr kat.	Numery partii	Niepowtarzalny kod identyfikacyjny wyrobu (kod UDI)
ARCHITECT Free T3 Reagent Kit	7K63-20	Wszystkie	Nie dot.
ARCHITECT Free T3 Reagent Kit	7K63-25	Wszystkie	Nie dot.
ARCHITECT Free T3 Reagent Kit	7K63-30	Wszystkie	Nie dot.
ARCHITECT Free T3 Reagent Kit	7K63-35	Wszystkie	Nie dot.
ARCHITECT Free T3 Reagent Kit	7K63-27	Wszystkie	Nie dot.
ARCHITECT Free T3 Reagent Kit	7K63-32	Wszystkie	Nie dot.
ARCHITECT Free T3 Reagent Kit	7K63-37	Wszystkie	Nie dot.
ARCHITECT Total T3 Reagent Kit	7K64-20	Wszystkie	Nie dot.
ARCHITECT Total T3 Reagent Kit	7K64-25	Wszystkie	Nie dot.
ARCHITECT Total T3 Reagent Kit	7K64-30	Wszystkie	Nie dot.
ARCHITECT Total T3 Reagent Kit	7K64-35	Wszystkie	Nie dot.
ARCHITECT Total T3 Reagent Kit	7K64-27	Wszystkie	Nie dot.
ARCHITECT Total T3 Reagent Kit	7K64-32	Wszystkie	Nie dot.
ARCHITECT Total T3 Reagent Kit	7K64-37	Wszystkie	Nie dot.

Korekta produktu wydana przez firmę Abbott Diagnostics dnia 12 października 2018 r.

Wskazówki: Prosimy o przekazanie kopii pisma towarzyszącego kierownikowi laboratorium/pracownikowi odpowiedzialnemu za wykonywanie oznaczeń z użyciem testu ARCHITECT Total T3 oraz ARCHITECT Free T3.

Kierownik laboratorium/pracownik odpowiedzialny za wykonywanie ww. oznaczeń powinien wypełnić poniższe rubryki, potwierdzając tym samym otrzymanie ww. pisma, a następnie odesłać **formularz faksem do dnia 26 października 2018 r.**, nr faksu: (+48) 22 319 12 00, lub drogą elektroniczną na adres e-mail: sonia.agudo@abbott.com oraz QA_RegionEast@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 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