



### Załącznik 3 - Potwierdzenie od dystrybutora

Prosimy o przeczytanie tego razem z POLSKĄ INFORMACJĄ BEZPIECZEŃSTWA FSCA-02-2021 i odesłanie tego dokumentu należycie wypełnionego i podpisanego tak szybko, jak to możliwe, aw każdym razie w ciągu 10 dni od otrzymania, wysyłając go pocztą elektroniczną na adres [qa@adriamedical.com](mailto:qa@adriamedical.com) / [export@adriamedical.com](mailto:export@adriamedical.com)

Proszę zaznaczyć, jeśli dotyczy

<input type="radio"/>	Potwierdzamy, że przeczytaliśmy i zrozumieliśmy niniejszy FSN oraz że wszystkie zalecane działania zostały wykonane wdrożone zgodnie z wymaganiami	Wypełnij, podpisz lub wskaż nie dotyczy przez klienta / dystrybutora / importera
<input type="radio"/>	Sprawdziliśmy nasze zapasy i wprowadziliśmy poddaje kwarantannie produkty objęte tym FSN	Wypełnij, podpisz lub wskaż nie dotyczy przez klienta / dystrybutora / importera
<input type="radio"/>	Zidentyfikowaliśmy wszystkie placówki służby zdrowia, do których dostarczono produkty, na które ma wpływ niniejszy numer bezpieczeństwa, wymienione w załączniku 1	Wypełnij, podpisz lub wskaż nie dotyczy przez klienta / dystrybutora / importera
<input type="radio"/>	Złożyliśmy listę wszystkich placówek służby zdrowia, do których dostarczono produkty wymienione w Aneksie 1	Wypełnij, podpisz lub wskaż nie dotyczy przez klienta / dystrybutora / importera
<input type="radio"/>	Poinformowaliśmy wszystkie placówki opieki zdrowotnej, których to dotyczy, o szczegółach tego zawiadomienia	Data powiadomienia:
<input type="radio"/>	Otrzymaliśmy odpowiedź od wszystkich placówek służby zdrowia, do których powiadomiliśmy ten FSN	Data otrzymania ostatniej odpowiedzi:

o	Złożyliśmy tabelę 1, zgłaszając nam ilości resztkowe, dla każdego odniesienia umieszczonego w kwarantannie zgodnie z tym numerem FSN	Podać ilość, numery partii, kod artykułu
o	Informujemy, że towary wymienione w załączniku 1 nie są u nas przechowywane i zostały rozprowdzone zgodnie z tabelą 2	Podać ilość, numery partii, kod artykułu
o	Nie jesteśmy w posiadaniu żadnego z towarów wymienionych w Aneks 1	
o	Nie ma placówek służby zdrowia naszego klienta posiadanie któregokolwiek z aktywów wskazanych w załączniku 1	

**Tabela 1: urządzenia przechowywane przy Tobie**

Numer przedmiotu	Numer partii	Ilość poddana kwarantannie	Naród





