

## Załącznik 4 – Potwierdzenie ze szpitali i placówek opieki zdrowotnej

W nawiązaniu do NOTATKI BEZPIECZEŃSTWA FSCA-02-2021, wymagamy od Państwa zwrotu tego dokumentu należycie wypełnionego i podpisanego tak szybko, jak to możliwe, a w każdym razie w ciągu 10 dni od jego otrzymania, wysyłając go pocztą elektroniczną do dystrybutora i na adres [qa@adriamedical.com](mailto:qa@adriamedical.com) / [export@adriamedical.com](mailto:export@adriamedical.com)

Proszę zaznaczyć właściwe

o	Potwierdzamy, że przeczytaliśmy, zrozumieliśmy niniejszy FSN i że wszystkie zalecane działania zostały wdrożone zgodnie z wymaganiami	Wypełnij, podpisz lub wskaż nie dotyczy przez klienta / dystrybutora / importera
o	Sprawdziliśmy nasze stany magazynowe i poddaliśmy kwarantannie produkty objęte tym numerem FSN	Wypełnij, podpisz lub wskaż nie dotyczy przez klienta / dystrybutora / importera
o	Wypełniliśmy tabelę A2, w której wyszczególniono ilości towarów poddanych kwarantannie u nas	Podać ilość, numery partii, kod artykułu
o	Potwierdzamy, że wszystkie przekazane towary jako przedmiot niniejszego numeru identyfikacyjnego, które nie są wymienione w Tabeli A2, zostały już wykorzystane	
o	Nie jesteśmy w posiadaniu żadnego z towarów objętych niniejszą notatką bezpieczeństwa FSN	



## Komentarze

<b>Nazwa organizacji:</b>			
<b>Adres :</b>			
<b>Kod pocztowy:</b>		<b>Kraj:</b>	
<b>Numer telefonu:</b>		<b>Adres email:</b>	
<b>Nazwa dostawcy:</b>			
<b>Imię i nazwisko, stanowisko i podpis osoby, która wypełniła ten dokument</b>			



