

ZAŁĄCZNIK B FORMULARZ ZLECENIA WYSYŁKI ZESTAWÓW KOREKCYJNYCH

AKTUALIZACJA DZIAŁANIA KORYGUJĄCEGO DOTYCZĄCEGO BEZPIECZEŃSTWA WYROBU MEDYCZNEGO

Z PAŹDZIERNIKA 2016 R. — aparaty do hemodializy Formula®:

Formula®, Formula® 2000, Formula® PLUS, Formula® 2000 PLUS, Formula® Therapy i Formula® Domus

<u>WAŻNE:</u> Należy podać poniższe informacje, a następnie odesłać formularz na podany poniżej numer telefonu/adres e-mail. Dane te zostaną użyte do wysyłki odpowiedniej liczby zestawów korekcyjnych do Państwa placówki.	
Placówka:	
Miejscowość, kraj:	
Liczba aparatów do hemodializy Formula skonfigurowanych z akumulatorem zapasowym	Liczba aparatów*: _____
Wdrożenie korekcji Na podstawie instrukcji korekcji w Załączniku C proszę określić, jakiego rodzaju wsparcia mogą Państwo potrzebować od zespołu firmy Bellco/Medtronic.	
<input type="checkbox"/> Pracownicy techniczni w mojej placówce zostali przeszkoleni i mogą przeprowadzić korekcję zgodnie z podanymi instrukcjami. Szacowana liczba aparatów Formula do serwisowania w okresie tygodnia: Liczba aparatów: _____	



Nasza placówka będzie wymagać pomocy działu serwisu firmy Bellco/Medtronic we wdrożeniu tej korekcji.

The right therapy way

* Jeśli preferują Państwo wysłanie numerów seryjnych aparatów Formula, proszę dołączyć ich listę LUB wypełnić Załącznik E BEZ podpisu (oznaczającego wykonanie korekcji).

**PROSZĘ ODESŁAĆ WYPEŁNIONY FORMULARZ FAKSEM POD NUMER 22 312 20 20
LUB NA PODANY ADRES E-MAIL: rapoland@covidien.com**

