



ZAŁĄCZNIK 2

Potwierdzenie otrzymania Pilnego Zawiadomienia dotyczącego bezpieczeństwa stosowania FSN/FSCA: FA 2014-02

Proszę wypełnić i podpisać niniejszy dokument w celu potwierdzenia otrzymania niniejszego
Zawiadomienia

Proszę przesłać niniejszy formularz do lokalnej osoby kontaktowej firmy Zimmer.

Faks / E-mail: _____

W razie potrzeby otrzymania dalszych informacji prosimy o kontakt z firmą Zimmer.

Niniejszy dokument potwierdza, że otrzymali Państwo Pilne Zawiadomienie dotyczące bezpieczeństwa
stosowania produktu

Różne sterylnie zapakowane głowy kości udowej i stożki

Potwierdzam, że firma Zimmer przekazała mi istotne informacje dotyczące ochrony interesów i
bezpieczeństwa pacjentów.

Nazwa i adres szpitala/kliniki

Imię i nazwisko chirurga drukowanymi literami

Podpis i data