

Formulář potvrzení

PŘEDMĚT: Kryt hrotu da Vinci XXX

Hospital Name including SystemNo.

Address

City, Post code, Country

Attn: Robotics Coordinator c/o [Insert ESM]

VYPLŇTE PROSÍM VŠECHNY POŽADOVANÉ INFORMACE A NEPRODLENĚ ZAŠLETE ZPĚT

Potvrzuji, že jsem obdržel(a) upozornění společnosti Intuitive Surgical Inc. ze dne 16. července 2012, týkající se výše uvedené záležitosti.

☐ Potvrzuji příjem tohoto dopisu.

A ZÁROVEŇ

☐ Potvrzuji, že v mém zařízení se nepoužívají žádné produkty č. 400180-10.

NEBO

☐ Mé zařízení bude produkt 400180-10 vracet.

Počet plných a načatých krabiček (10 krytů hrotu na krabičku): _____

Chcete-li vrátit produkt, kontaktujte zákaznickou službu na adrese ics@intusurg.com nebo na čísle +41 21 821 2020 / +800 0821 2020 (bezplatná linka) a vyžádejte si číslo RMA (Return Material Authorization) – Schválení vrácení materiálu: _____

Pořídte fotokopii vyplněného formuláře potvrzení, umístěte ji do krabičky s produktem k vrácení a odfaxujte toto potvrzení zpět na níže uvedené faxové číslo.

Jméno (tiskacím písmem) _____

Podpis: _____

Datum: _____

Telefonní číslo: _____

ODFAXUJTE PROSÍM TOTO POTVRZENÍ NA

Intuitive Surgical Inc.

ATTN: REGULATORY AFFAIRS

USA +1 408 523-1390

Intuitive Surgical chce svým zákazníkům poskytovat co možná nejvyšší kvalitu výrobky. Sledováním nových trendů souvisejících s našimi výrobky usilujeme o neustálé zlepšování. Pokud máte jakékoli další dotazy nebo pokud

potřebujete další pomoc, kontaktujte prosím naši Službu zákazníkům na adrese ics@intusurg.com nebo na čísle +41 21 821 2020/ +800 0821 2020 (bezplatná linka)