

Tento formulář, prosím, vyplňte i v případě, že nemáte žádný dotčený výrobek a zafaxujte jej do svého místního zákaznického servisu:

Jaroslava Uhrová Fax: 296 331 934

247912 - IKEM - Praha 4 - Czech Republic

**Ověřovací formulář – naléhavé stažení prostředku zdravotnické techniky
Super Sheath and Super Sheath R/O Introducer Sheaths
90717126-FA**

1. Tímto potvrzujeme přijetí oznámení o stažení výrobků společnosti Boston Scientific ze dne 10. listopadu 2011.

2. **Záznamy společnosti Boston Scientific naznačují, že jste obdrželi následující dotčené výrobky** (*navíc, prosím, zkontrolujte své zásoby oproti poskytnutému kompletnímu seznamu dotčených výrobků*)

/!\ VŠECHNY VRÁCENÉ KATÉTRY UVÁDĚJTE JAKO POČET JEDNOTLIVÝCH KATÉTRŮ A NIKOLI JAKO POČET KARTONŮ/KRABIC/MULTIBALENÍ

Popis výrobku	Číslo materiálu	Číslo(a) šarží	Objednávka zákazníka	Obdržené množství (Kartonů)	Množství k vrácení (ks)
Super Sheath and Super Sheath R/O Introducer Sheaths Box of 10	H7491603508B1	11C16B9	CATS/BST/173380	1	

3. Potvrzujeme, že byla zkontrolována všechna místa, kde by výrobek mohl být uložen.

4. **ZAŠKRTNĚTE JEDNO Z NÁSLEDUJÍCÍCH TVRZENÍ***, **PODEPIŠTE TENTO FORMULÁŘ** a zafaxujte jej na Jaroslava Uhrová Fax: 296 331 934

Nemáme žádné dotčené výrobky

Zjistili jsme dotčený výrobek (výrobky): Potvrďte, prosím, výše uvedené množství k vrácení. Pokud vracíte výrobek, který není uvedený výše, připojte, prosím, UPN číslo, číslo šarže a vrácené množství.

VÝROBKÝ VRAŤTE NÁSLEDUJÍCÍM ZPŮSOBEM:

1. Obratě se na svůj místní zákaznický servis – Jaroslava Uhrová Tel: 296 331 921 a domluvte vrácení dotčeného výrobku.

2. Přichystejte balíček.

3. Postupujte podle pokynů místního zákaznického servisu ohledně vyzvednutí balíčku.

JMÉNO* _____ **Titul** _____
(Vyplňte, prosím, na stroji/hůlkovým písmem)

Telefon _____ Oddělení _____

PODPIS* _____ **DATUM*** _____
* Povinná pole dd/mm/rrrr