

FORMULÁRIO DE VERIFICAÇÃO / NOTIFICAÇÃO**INSTRUÇÕES:**

Complete o formulário e retorne-o via fax para:

Sr(a).**- Fax: (11) 5095-0065****Nota:** Depois de seguir todos os passos da Carta de Notificação do Recall, por favor, envie este formulário via fax imediatamente após completá-lo.

NOSSOS ARQUIVOS INDICAM QUE VOCÊ RECEBEU O SEGUINTE PRODUTO AFETADO.			
Nome do produto afetado pelo Recall:		Data:	
Descrição do Produto	Código do Produto (Part Number)	Nº. Série	Versão do Software
Nome do cliente:			
Endereço:	Cidade:	Estado:	CEP:
Categoria de Contato:	<input checked="" type="checkbox"/> Contato Inicial	<input type="checkbox"/> 2º Contato	<input type="checkbox"/> 3º Contato

SEÇÃO A SER PREENCHIDA PELO CLIENTE

<input checked="" type="checkbox"/> Reconheço que: a) recebi a documentação da notificação de recall; b) instalei a nova versão do Software do Sistema QDR; c) retornei o CD com a versão antiga do Software.
<input checked="" type="checkbox"/> Reconheço que a nova versão do Software fornecida pela Pyramid Medical foi instalada com sucesso no produto relacionado acima.
Por favor, retornar: <input type="checkbox"/> Encontramos o produto afetado e estamos retornando à Pyramid Medical Systems o CD com a versão antiga do Software do Sistema QDR do produto relacionado acima. Data do retorno do CD com a versão antiga do Software: / / 2009 <input type="checkbox"/> A versão antiga do Software do Sistema QDR do produto relacionado acima não está disponível.

Preenchido por:**Data:****Assinatura:****e-mail:****Departamento:****Cargo:****Telefone:****Fax:****Este formulário deve ser preenchido e deve ser devolvido em todos os casos, mesmo que você não tenha nenhuma unidade do produto relacionado neste RECALL.**