

FORMULÁRIO DE VERIFICAÇÃO / RASTREABILIDADE

Instruções:

Complete o formulário e retorne-o via fax para: **Camila Domeneck - Fax: (11) 5502-8539**

Nota: Por favor, envie o formulário via fax imediatamente após completá-lo.

Categoria de

Contato

Contato

Inicial

2° Contato

3° Contato

Nossos arquivos indicam que você recebeu os seguintes produtos afetados.

Nome do produto afetado pelo Recolhimento: Eletrodo Agulha Eletrodo Agulha LeVeen

Data: 05/mai/2008

Descrição do Produto	Código do Material (UPN)	Código de Catálogo	Lote	Data de Validade	Qtd. Retornada (Unidades)

Nome do cliente: _____ Código do Cliente: _____
Endereço: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Seção a ser preenchida pelo cliente

Reconheço que recebi a documentação da notificação de retirada de mercado voluntária datada de 05-Mai-08.

Status do Produto Recolhido (Por favor, indique a redistribuição de produto por lote afetado.)

Não temos nenhum produto afetado.

Os produtos afetados foram distribuídos a outros clientes.

Dados do Cliente: Nome: _____

Endereço: _____

Status da Retirada de Mercado Voluntária

Encontramos os produtos afetados e estamos retornando à Boston Scientific do Brasil os produtos relacionados acima.

POR FAVOR, INDIQUE A QUANTIDADE A SER RETORNADA NA TABELA ACIMA.

Data do retorno do produto: ____ / ____ / 2008

Nome: _____ Assinatura: _____ Data: _____
(Nome / Título)

Nome do Cliente: _____ e-mail: _____

Departamento: _____ Telefone: _____ Fax: _____

Este formulário deve ser preenchido e deve ser devolvido em todos os casos, mesmo se você não tiver nenhuma unidade dos lotes que pertencem a esta ação.