



Anexo D

FORMULÁRIO DE RECONHECIMENTO E RECEBIMENTO

**URGENTE: Ação Corretiva de Campo – Máquinas de Hemodiálise Formula®:
Formula®, Formula® 2000, Formula® PLUS, Formula® 2000 PLUS, Formula® Therapy e Formula® Domus**

Declaro ter lido e entendido as instruções contidas no Comunicado de Ação Corretiva de Campo e desde já confirmo o recebimento do comunicado em ____/____/2016 , subscrevendo o presente.

Eu também concordo em posteriormente distribuir e comunicar essas informações importantes em minha instalação conforme necessário.

Nome (Impresso)_____

Assinatura_____

Data_____

Estabelecimento_____

Cidade, País_____

ENVIE O FORMULÁRIO PREENCHIDO VIA FAX PARA 11 3885-7633 ramal 105

OU E-MAIL PARA cristiane.aguirre@vrmedical.com.br / juliana.ribeiro@vrmedical.com.br