

Formulário de Confirmação do Cliente MEDICAL DEVICE SAFETY NOTICE

Nota de Desempenho do Capacitor de Baixa Tensão

Nome do Cliente: _____

Número da cliente: _____

Endereço: _____

Cidade, Estado, CEP: _____

Representante Medtronic: _____

Telefone do Representante Medtronic: _____

Para preenchimento apenas pelos Clientes da Medtronic - Por favor, preencha todos os campos abaixo e retorne imediatamente

Para Médicos: Caso você não implante mais e / ou gerencie pacientes com esses tipos de dispositivos, forneça uma explicação detalhada no espaço abaixo para que os registros da Medtronic possam ser atualizados de acordo. Obrigado!

Nota: O cliente pode continuar recebendo lembretes deste aviso até que uma resposta seja recebida

Ao assinar este formulário, confirmo que li a Carta de Notificação da Notificação de Segurança de Dispositivo Médico, datada de maio de 2019 da Medtronic, referente à Nota de Desempenho do Capacitor de Baixa Tensão e executei a ação apropriada.

Instruções:

Para fins de cumprimento de exigência legal, solicitamos o preenchimento e assinatura desse registro de contato, assim que recebido, para que possamos comprovar o repasse da notificação junto à ANVISA. Favor encaminhar uma cópia digitalizada para o Departamento de Qualidade Medtronic, para o e-mail: monica.c.wenke@medtronic.com ou paulo.g.araujo@medtronic.com

Nome do Cliente: _____
(Nome Completo)

Data: _____

Cargo do Cliente (Departamento): _____

Assinatura do Cliente: _____

Telefone: _____

Para questões por favor entrar em contato com o seu Representante Medtronic.