



FORMULÁRIO DE RECONHECIMENTO DO CLIENTE – FA-153-04

OLYMPUS COMUNICAÇÃO DE SEGURANÇA URGENTE VIDEOPROSCÓPIO BF-Q180 AÇÃO DE REMOÇÃO		
[Nome e endereço do Hospital/ Unidade Médica]		
[Departamento]		
[Data]		
Nome do modelo	Número de série em estoque	Quantidade total em estoque (se não houver gravação de estoque 0)
OLYMPUS VIDEOPROSCÓPIO BF-Q180		

Confirmando o recebimento de sua comunicação de segurança.

Também estou confirmando que notificamos o pessoal responsável sobre as ações necessárias na comunicação de segurança para o VIDEOPROSCÓPIO BF-Q180 e transferimos as informações para todos os departamentos que podem ser afetados. Confirmando que não tenho mais produtos afetados em minhas instalações, além das quantidades listadas acima.

Nome (Assinatura)___

Nome (letras legíveis) _____

Cargo _____

Envie este formulário de reconhecimento para o representante da Olympus ou para o seguinte endereço de e-mail: qualidade.brasil@olympus.com