

Formulário de resposta do cliente

CORREÇÃO DE DISPOSITIVO MÉDICO

PRISMAX

FA # FA-2020-064 - Comunicação adicional: PrisMax

Nome da instituição:

Endereço:

Cidade:

CEP:

Código do produto	Descrição do produto	Número de série
955701	PrisMax, V2, Brazil	Todas.

Por favor preencha e assine este formulário.
Envie por e-mail (caroline_camargo@baxter.com e faleconosco.com) uma cópia escaneada desse formulário para confirmação que você recebeu essa notificação.

Por gentileza, preencha esse formulário mesmo que não haja inventário em sua instituição.
Assegure-se que todos os campos abaixo estejam completos. Respondendo esse formulário indica que (1) compreendeu o conteúdo da carta em anexo (2) realizou as ações descritas (3) divulgou essa informação se aplicável.

Preenchido por: _____
Nome completo

Função: _____

Telefone: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____