

<Nome do Hospital>
<Endereço (Rua/Avenida, Cidade, CEP)>

Formulário de Conhecimento do Cliente

Notificação Voluntária para Ação de Campo (Ref. BIO-LQC) de Março de 2021

Marque a resposta aplicável:

- A instituição de saúde acima mencionada confirma a recepção da Notificação Voluntária para Ação de Campo de Março de 2021, iniciado pela BIOTRONIK SE & Co. KG. Declaro que a Notificação Voluntária para Ação de Campo foi lida e compreendida.
- Todos os profissionais de saúde que devem ter conhecimento desta Notificação Voluntária para Ação de Campo foram informados.
- As informações e ações necessárias descritas na Notificação Voluntária para Ação de Campo foram comunicadas a todos os usuários relevantes e, sempre que se figure adequado, executadas.

Dispositivos afetados em estoque:

- Todos os estoques que possam ter incluído dispositivos afetados foram analisados e todos os dispositivos afetados foram removidos.
- Os dispositivos afetados em estoque serão devolvidos ao distribuidor local.

Declaro pelo presente que todas as afirmações são verdadeiras e precisas.

Nome em letra de forma

Cargo

Assinatura

Local e data

Preencha o formulário **assim que possível** e envie-o ao seu distribuidor local:

Nome: <Nome do Distribuidor>

Endereço: <Rua/Avenida, Cidade, CEP>

E-mail: <xxxx@yyyy.com>