

Formulário de Confirmação do Médico

URGENTE: CORRECAO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS

FA1183 - Recarregadores sem fio da Medtronic modelo WR9200 e WR9220,
incluído os Modelos RS6200, RS5200 e RS7200

Novembro 2021

Nome do Médico/Cliente/Conta: _____

Endereço: _____

Cidade/Estado/CEP: _____

Telefone: _____

Fax: _____

Email: _____

Para preenchimento apenas por clientes da Medtronic - Por favor, preencha todos os campos abaixo e devolva imediatamente

Ao assinar este formulário, confirmo que li a carta de notificação do Carta de Notificação de Correção de Dispositivo Médico Urgente, datada de Novembro de 2021 da Medtronic em relação aos Recarregadores sem fio Medtronic modelo WR9200 e WR9220, incluídos nos modelos RS6200, RS5200 e sistemas de carregamento RS7200 e tomada as medidas adequadas.

Nome do Médico (impresso): _____
(Nome e Sobrenome)

Data: _____

Assinatura do Médico (impresso): _____

Comentários:

Assine e date este formulário e devolva-o à Medtronic imediatamente, fornecendo as correções nas suas informações de contato. Devolva este formulário (guarde uma cópia para seus registros) para:
monica.c.rodrigues@medtronic.com ou rs.fcaneurolatamssc@medtronic.com

Nota: O destinatário pode continuar a receber lembrete deste aviso até que uma resposta seja recebida. Se houver algum campo do formulário que você não conhece ou sobre o qual não possui informações, coloque N/A ou cancele o espaço com uma linha. Os campos nome, assinatura, data e país devem ser sempre preenchidos. Por favor, note que os formulários com espaços em branco não são aceitos como válidos.

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.rodrigues@medtronic.com e rs.fcaneurolatamssc@medtronic.com