

Formulário de resposta do cliente

CORREÇÃO DE DISPOSITIVO MÉDICO

TruLight 5000 / 3000 Ceiling Duo and TruLight 1000 / Mobile
10 de novembro de 2022

FA-2022-050

Nome da instituição:

Endereço:

Cidade:

CEP:

| Código do Produto | Nome do Produto | Número de Série | Código UDI |
|-------------------|----------------------------------|-----------------|----------------|
| 4038210 | TruLight 5000 / 3000 Ceiling Duo | 108669678 | 00887761995918 |
| 4038210 | TruLight 5000 / 3000 Ceiling Duo | 108669679 | 00887761995918 |
| 4038210 | TruLight 5000 / 3000 Ceiling Duo | 108669907 | 00887761995918 |
| 4038210 | TruLight 5000 / 3000 Ceiling Duo | 108669908 | 00887761995918 |
| 4038210 | TruLight 5000 / 3000 Ceiling Duo | 108671619 | 00887761995918 |
| 4038210 | TruLight 5000 / 3000 Ceiling Duo | 108671626 | 00887761995918 |
| 4038210 | TruLight 5000 / 3000 Ceiling Duo | 108671629 | 00887761995918 |
| 4058130 | TruLight 1000 / Mobile | 108641240 | 00887761986107 |
| 4058130 | TruLight 1000 / Mobile | 108775900 | 00887761986107 |
| 4058130 | TruLight 1000 / Mobile | 108775901 | 00887761986107 |

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.

Apenas para distribuidores: assinale esse campo para indicar que sua empresa direcionou essa comunicação para seus clientes diretos.

Preenchido por: _____ Função: _____
Nome completo

Telefone: _____ Assinatura: _____ Data: ____/____/____

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