**Não foi possível obter o Formulário de Confirmação – Notificação do Cliente**

**Cateteres para Hemodiálise de Alto Fluxo e Lúmen Duplo Agudo Mahurkar**™\* **(13.5 French)**

(**Mahurkar QPlus**)

Conta:

Número da Conta:

Endereço:

Cidade, Estado, Código Postal:

Este formulário deve ser utilizado pelos Representantes Medtronic para confirmar a notificação do consignatário, as devoluções do produto (conforme aplicável), ou para documentar as três tentativas de comunicação (um formulário por cliente/médico) em relação à Ação Corretiva em Campo (FCA).

Apesar das múltiplas tentativas, a Medtronic não conseguiu obter uma confirmação do consignatário assinada para o Investigador Principal indicado acima. Consulte as diretrizes no final do formulário.

Documente as tentativas de confirmação na tabela abaixo.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tentativa** | **Data** | **Método do Comunicado** | **Nome e Cargo do Contato** |
| 1 | Clique ou toque para informar uma data. | [ ] Telefone [ ] Visita ao Local[ ] E-mail[ ] Outro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] Outro: | Nome:Cargo: |
| 2 |  | [ ] Telefone [ ] Visita ao Local[ ] E-mail [ ] Outro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nome:Cargo: |

**OU**

Eu confirmo que as múltiplas tentativas não foram necessárias porque:

☐ A conta não está mais operando

☐ A conta se recusou a assinar (fornecer motivo)

☐ Outro (fornecer detalhes)

Como Representante Medtronic, eu certifico que as informações deste formulário estão, salvo melhor juízo, completas e precisas.

Nome do Representante Medtronic (Impresso):

Cargo do Representante Medtronic (Impresso):

Assinatura do Representante Medtronic (Tinta): Data:

## Envie este formulário preenchido (ou perguntas respondidas) via e-mail à Medtronic para jessica.p.bautista@medtronic.com ou rsfsurgilatamssc@medtronic.com