

NOTIFICAÇÃO DE AÇÃO DE CAMPO 01/2023

CONFIRMAÇÃO DE RECEBIMENTO / RECEIPT CONFIRMATION

Nome da Clínica / *Name of the Clinic*: _____

Endereço / *Address*: _____

Confirmamos que recebemos e entendemos a Notificação de Ação de Campo. Ela foi encaminhada dentro de nossa clínica para os respectivos funcionários.
This is to confirm that we have received and understood the Field Safety Notice. It was forwarded inside our clinic to the respective personnel.

Tipo de sistema de planejamento de tratamento / *Treatment planning system type*: HDRplus SagiPlan

Tipo de pós-carregador / *Treatment planning system type*: SagiNova MultiSource GyneSource

Número de série do pós-carregador / *Afterloader Serial Number*:

Nome / *Name*: _____

Assinatura / *Signature*: _____

Data / *Date*: _____

Por favor preencha e retorne este formulário digitalizado para o endereço de e-mail: qualidade@ezag.com.

Matriz | Head Office

Rua Miguel Nelson Bechara, 480 | Limão
São Paulo, SP | 02712-130 | Brasil
Tel.: +55 11 3526 5757 | CNPJ: 02.887.124/0002-47

Filial | Branch

Rua Miguel Nelson Bechara, 480, sala 01 Térreo | Limão
São Paulo, SP | 02712-130 | Brasil
Tel.: +55 11 3526 5725 | CNPJ: 02.887.124/0003-28