

KARL STORZ SE & Co. KG • PO Box 230 • 78503 Tuttlingen/Germany

Formulário de Resposta do Cliente

1. Informações da Notificação de Ação de Campo (FSN)	
Número de Referência FSN	23-0015
Data FSN	Dezembro de 2023
Produto/ Nome do Dispositivo	615000 - Punção de Antro BEYER 615010 - Punção de Antro, 65°, 11 cm 615025 - Punção Esfenoide, 30°, 11 cm 648500 - Punção Esfenoide, 3,2 x 4 mm 648523 - Punção Esfenoide, 30°, 1,6 x 2 mm 662797 - Gancho Olhal Galea, 31 cm 723014 - Retrator de Úvula 723400 - Biópsia Óptica e Pinça de Prensão 11003MB - Pinça de Prensão, flexível, 1 mm 11540OS - Tesoura Óptica 26161UH - Inserto de Trabalho, com alavanca de direção
Códigos do Produto	615000 615010 615025 648500 648523 662797 723014 723400 11003MB 11540OS 26161UH
Lote/Números de Série	

2. Detalhes do Cliente	
Número da Conta	
Nome da Organização de Saúde	
Endereço da Organização	
Departamento/Unidade	
Endereço de entrega se for diferente do acima	

Office Address:
KARL STORZ SE & Co. KG
Dr.-Karl-Storz-Straße 34
78532 Tuttlingen/Germany
Phone: +49 7461 708-0
Fax: +49 7461 708-105
E-Mail: info@karlstorz.com
www.karlstorz.com

Bank Accounts:
UniCredit Bank AG
SWIFT: HYVEDEMM473
IBAN: DE62 6002 0290 0034 5326 05
Kreissparkasse Tuttlingen
SWIFT: SOLADES1TUT
IBAN: DE79 6435 0070 0000 0013 22

Deutsche Bank AG Tuttlingen
SWIFT: DEUTDE33
IBAN: DE09 6537 0075 0211 6390 00
Volksbank Schwarzwald-Donau-Neckar eG
SWIFT: GENODES1TUT
IBAN: DE97 6439 0130 0000 7720 03

Limited Partnership:
KARL STORZ SE & Co. KG
Dr.-Karl-Storz-Straße 34
78532 Tuttlingen/Germany
Place of Business: Tuttlingen
Commercial Register:
Stuttgart HRA 450442
VAT-ID-No. DE 142931059
WEEE Reg.-No. DE 74465858

Unlimited Partner:
KARL STORZ Verwaltungs SE
Dr.-Karl-Storz-Straße 34
78532 Tuttlingen/Germany
Place of Business: Tuttlingen
Commercial Register: Stuttgart HRB 762524
Managing Director:
Karl-Christian Storz
Chair of the Supervisory Board:
Dr. h. c. mult. Sybill Storz

Nome do Contato e Cargo ou Função	
Número de telefone	
Email	
3. Ação do cliente realizada em nome da Organização de Saúde	
<input type="checkbox"/>	Confirmo o recebimento do Aviso de Segurança de Campo e que li e compreendi seu conteúdo e que as informações e ações necessárias foram levadas ao conhecimento de todos os usuários relevantes.
<input type="checkbox"/>	Realizei todas as ações solicitadas pelo FSN e confirmo o seguinte: <ul style="list-style-type: none"> • Devolvi todos os dispositivos afetados. • O inventário foi verificado e não há (mais) produtos afetados. • Nenhum dos produtos relacionados foi transmitido a terceiros.
Número de dispositivos devolvidos :	
Produto	Quantidade
Nome	
Assinatura	
Data	
4. Retornar confirmação ao remetente	
Email	
Linha de Apoio ao Cliente	
Endereço Postal	
Fax	
Prazo para devolução do formulário de resposta do cliente	

É importante que a sua organização tome as medidas detalhadas no FSN e confirme que você recebeu o FSN.
A resposta da sua organização é a prova de que necessitamos para monitorar o progresso das ações corretivas.