

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

### Formulário de Resposta do Cliente

<b>1. Informações da Notificação de Ação de Campo (FSN)</b>	
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	<b>615000</b> <b>615010</b> <b>615025</b> <b>648500</b> <b>648523</b> <b>662797</b> <b>723014</b> <b>723400</b> <b>11003MB</b> <b>11540OS</b> <b>26161UH</b>
Lote/Números de Série	

<b>2. Detalhes do Cliente</b>	
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: DEUTDESS653  
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	
<b>3. Ação do cliente realizada em nome da Organização de Saúde</b>	
<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"> <li>• Devolvi todos os dispositivos afetados.</li> <li>• O inventário foi verificado e não há (mais) produtos afetados.</li> <li>• Nenhum dos produtos relacionados foi transmitido a terceiros.</li> </ul>
Número de dispositivos <b>devolvidos</b> :	
<b>Produto</b>	<b>Quantidade</b>
Nome	
Assinatura	
Data	
<b>4. Retornar confirmação ao remetente</b>	
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.