



## FORMULÁRIO DE RECEBIMENTO DE AVISO DE SEGURANÇA DE CAMPO URGENTE

**Máscaras Sleepnet Corporation com ímãs**

**Potencial interferência magnética com certos dispositivos médicos**

Referência: 2024-FSN-1

Preencha este formulário integralmente no prazo de 30 dias e devolva-o para [rose.desiderio@firstmedical.com.br](mailto:rose.desiderio@firstmedical.com.br)

Eu confirmo que:

- Li e compreendi o Aviso de Segurança de Campo que o acompanha.
- A carta foi fornecida a todos os distribuidores, médicos, pacientes ou outras organizações para as quais minha empresa distribuiu o produto afetado.

Nome do cliente	
Endereço do cliente	
Nome	
Posição	
Endereço de e-mail	
Número de telefone	
Assinatura	
Data (DD/MM/AAAA)	