

FORMULÁRIO DE RESPOSTA DO CLIENTE

Correção de Dispositivo Médico

Camã Centuris Pro, Etiqueta com número de registro regulatório

22 de Abril de 2024

FA-2024-015

NOME DO CLIENTE:

ENDEREÇO:

CIDADE/CEP:

Código de Produto	Descrição do Produto	Números de série
LI900B1	Centuris Pro	Todos os dispositivos foram instalados no Brasil a partir de 18/Jul/2019 (ver anexo)

Preencha esse formulário de resposta mesmo que não exista estoque restante em suas instalações. O preenchimento deste formulário indica que (1) você entendeu o conteúdo da carta anexa, (2) você executou as ações descritas, e (3) você disseminou a informação, se aplicável.

Somente para Distribuidores – Assinale a caixa para indicar que sua empresa disseminou esse comunicado para seus clientes diretos.

Preenchido por: _____ Cargo: _____
Nome Completo

Telefone: _____ E-mail: _____

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Envie uma cópia deste formulário para andressa_meneguelo@baxter e faleconosco@baxter.com, mantendo em cópia sac@vrmedical.com.br, como confirmação de que recebeu esse comunicado.