



Unimax Medical Systems, Inc. Recall  
**Bolso Endo destacável**

ANEXO I

FORMULÁRIO DE RESPOSTA COMERCIAL

Por favor, verifique todas as opções aplicáveis:

- NÃO temos nenhum estoque dos lotes afetados.
- Notificamos nossas contas para devolver o inventário afetado para nós.
- Estamos retornando: (Tabela completa abaixo e formulário de devolução com o produto afetado) para Somente crédito (para distribuidores e estabelecimentos de saúde que compram diretamente da CONMED)

Catálogo # Sendo devolvido	Número do lote	Quantidade - Cada um
SB936	6252207165	
SB936	6252304017	
SB936	6252304033	
SB936	6252305087	
SB957	6252303018	
SB957	6252304025	
SB979	6252207022	
SB979	6252207182	
SB979	6252303007	
SB979	6252304035	

Você recebeu algum relato de doença ou lesão relacionada a este produto? Sim\_\_\_ Não\_\_\_

Em caso afirmativo, documente informações específicas e inclua-as quando este formulário for devolvido à CONMED.

As informações e o formulário podem ser enviados por e-mail para [spcbag@conmed.com](mailto:spcbag@conmed.com).

Se você estiver devolvendo produtos afetados, inclua uma cópia deste formulário preenchido com os dispositivos.

Devolva os dispositivos para: **Corporação CONMED**

RGA: RGA-RA-SPC-XXX

525 Estrada Francesa

Utica, NY 13502 EUA

Atenção: Ed Kovac

Devolução via: Conta UPS # W5Y249 (sem custo para suas instalações)

Se você não devolver os produtos afetados, inclua uma cópia do certificado de descarte (incluindo: números de catálogo/lotos e Quantidade - Cada)



Por favor, complete:

Seu nome: \_\_\_\_\_ conta #: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Por favor, preencha pelo menos um:

Telefone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Distribuidor/Hospital: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_