

FORMULÁRIO DE RESPOSTA

Correção Urgente de Dispositivo Médico

Mesa cirúrgica TruSystem 7000

25 de setembro, 2024

FA-2024-056

NOME DO CLIENTE:

ENDEREÇO:

CIDADE, CEP:

Código do produto	Descrição do produto	Número de série	Número Registro
1604788	OP-Tisch TruSystem 7000 U	Todos	80102512640
1841046	TruSystem 7000		
1841049	TruSystem 7000 (dV)		

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: _____
Nome Completo

Cargo: _____ Telefone: _____

E-mail: _____

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

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