

FORMULÁRIO DE RASTREAMENTO DE RESPOSTA DO CLIENTE

HemosIL® Rinse Solution, Cód. 0020302400

A carta do fabricante tem como objetivo informar sua instalação sobre um problema no processo de impressão relatado com o produto Hemosil Rinse Solution (Cód.: 0020302400) que é aplicável a lotes específicos mencionados na carta do fabricante.

Preencha todas as seções do formulário abaixo e devolva por e-mail no prazo de 10 dias após o recebimento:

Marque (✓) a caixa para indicar que as ações necessárias foram concluídas:

Reconhecemos o recebimento desta notificação e tomaremos as seguintes ações:

- **Continue** a usar os lotes afetados do HemosIL Rinse Solution com base no uso pretendido conforme indicado no rótulo. Consulte a tabela acima para obter as datas de fabricação e validade corretas.
- **Compartilhe** esta notificação com sua equipe de laboratório e siga seus procedimentos internos.
- **Encaminhe** esta notificação para todas as unidades afetadas dentro de sua instituição.
- **Mantenha** uma cópia desta notificação para seus registros.
- **Assine** este Formulário de Rastreamento de Resposta Obrigatória e retorne para o endereço e-mail abaixo.

Preencha todas as seções do formulário abaixo e devolva por e-mail no prazo de 10 dias após o recebimento:

Unidade _____ Endereço _____

Cidade _____ Estado _____

País _____ CEP _____ Telefone _____

Nome _____ Cargo/Função _____

Assinatura _____ Data _____ E-mail _____

Por favor, envie este formulário para:

- Endereço de E-mail: qualidadebr@werfen.com