

Formularz przyjęcia reklamacji

1. Numer reklamacji

2. Data wpływu Karty ze strony IP / inny kanał

3. Klient / Osoba kontaktowa / Dane Firmy*

NIP:

4. Produkt / Numer referencyjny*

5. LOT / Seria / UDI*

6. Data zakupu / Dokument

7. Data** i miejsce zdarzenia*

8. Szczegółowy opis zdarzenia*

9. Czy produkt był użyty u pacjenta? ☐ Tak ☐ Nie ☐ Brak danych

10. Lokalizacja użycia produktu

11. Czy podczas pierwotnej procedury umieszczono implant zastępczy? ☐ Tak ☐ Nie

12. Czy istnieje ryzyko dla zdrowia/bezpieczeństwa pacjenta?* ☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie można wykluczyć

13. Załączniki ☐ Zdjęcia ☐ Kopia dokumentu zakupu ☐ Opis kliniczny ☐ Inne

14. Dodatkowe informacje, istotne dla zgłoszenia

15. Imię i nazwisko osoby składającej formularz*

16. Przyjął / data

* Pole Obowiązkowe

** Złożenie wypełnionego i podpisanego formularza nie później niż 90 dni od daty zaistnienia zdarzenia objętego gwarancją.

Gwarancja nie obejmuje przypadków będących następstwem wypadku, urazu lub jakiegokolwiek innej szkody spowodowanej przez pacjenta lub osobę trzecią.