

Formularz odpowiedzi klienta

Urządzenie, którego dotyczy problem: ***sleep•safe harmony***
(Model: M206001)

FSN: **Potencjalne ryzyko przewodnienia w trybie leczenia
pediatrycznego**

Przedstawiciel kliniki: _____

Nazwa kliniki: _____

Adres kliniki: _____

Miasto, stan/województwo: _____

Kod pocztowy kraju: _____

Prosimy o wypełnienie w celu weryfikacji skuteczności działań z zakresu nadzoru:

Zapoznałem/-am się z załączonym powiadomieniem i rozumiem przekazane mi instrukcje:

Podpis: _____

Imię i nazwisko: _____

Data: _____

Prosimy o odesłanie formularza odpowiedzi za pomocą jednej z poniższych metod:

- Zwrócić podpisany formularz przedstawicielowi Fresenius Medical Care

Wysłać podpisany formularz pocztą elektroniczną na adres
katarzyna.ucinska@freseniusmedicalcare.com