

Notification Urgente de Sécurité

FINGER SPREADERS 25MM D

Annexe 1 : Formulaire d'accusé de réception du rappel pour le Distributeur

Reference de la notification urgente de sécurité : HHE 2020-1

Date de la notification urgente de sécurité : Février 2020

Cher client de DENTSPLY SIRONA,

Nos enregistrements DENTSPLY SIRONA indiquent que les Finger Spreader 25mm D, potentiellement impactés (identifiés dans le tableau ci-dessous) ont été expédiés à votre entrepôt de distribution.

Veuillez remplir ce formulaire afin de confirmer que vous avez reçu et compris ce rappel et que vous en informerez vos clients à qui ont potentiellement été expédiés les produits concernés.

Avez-vous un produit concerné dans votre établissement ?

Oui, nous avons actuellement un ou plusieurs articles concernés dans notre établissement.

Modèle	Référence	Lot	Quantité retournée (préciser le conditionnement)
FINGER SPREADERS 25MM D	A0182 025 004 00	1600468	
FINGER SPREADER STERILE 25MM ASSORTMENT x4	A0182 025 900 03	1601919	

Non, nous n'avons actuellement aucun article concerné dans notre établissement.

**Je confirme par la présente la réception, la lecture et la compréhension de cette notification de sécurité.
Je confirme que :**

- 1) Tous les articles en stock mentionnés dans le tableau ci-dessus ont été retournés à DENTSPLY SIRONA France pour un remboursement intégral.
- 2) J'ai identifié les clients qui ont reçu ou ont pu recevoir ce dispositif. Veuillez fournir à DENTSPLY SIRONA France une liste de tous les clients qui ont acheté le produit.
- 3) J'ai informé les clients identifiés de cet avis de sécurité.
- 4) Je fournis à DENTSPLY SIRONA France la confirmation de réponse de tous les clients identifiés.

Si votre liste de clients est confidentielle, veuillez en fournir la preuve écrite :

- tous nos clients ayant acheté les produits/lots en question ont été informés de la situation et ont été invités à nous retourner leur inventaire des articles concernés.

En signant ci-dessous, je reconnais que les mesures requises ont été prises conformément à cette notification de rappel, et que je retournerai les produits concernés.

Nom en majuscule : _____ Signature : _____

Titre : _____ Téléphone : _____ Date ____/____/____

Numéro de compte client. _____

Nom de la société : _____

Adresse de la société : _____

Ville : _____ PAYS: _____ Code postal: _____

Note : Ce formulaire doit être renvoyé à DENTSPLY SIRONA France avant que cette action ne soit clôturée pour votre compte. Il est important que vous remplissiez ce formulaire et que vous en envoyiez une copie par courriel à Vigilance.qualite@dentsplysirona.com ou par fax au +33 1 30 97 66 45.