

PIÈCE JOINTE 1

FORMULAIRE DE RÉPONSE À L'AVIS DE SÉCURITÉ URGENT
CONCERNANT DES DISPOSITIFS MÉDICAUX

Pompe à perfusion ambulatoire CADD®-Solis VIP

Nous vous prions de bien vouloir faciliter cette action corrective de sécurité en remplissant et en retournant dès que possible ce formulaire de réponse. Cela confirmera que vous avez bien reçu et compris l'avis de sécurité ci-joint, et nous permettra de nous assurer que nous avons notifié tous nos clients susceptibles d'être concernés par cette problématique.

Veuillez remplir ce formulaire de réponse et le retourner à **Caddsolis@smiths-medical.com** dans les 10 jours suivant sa réception.

Compte n° XXXXXXXX - Liste des dispositifs concernés par cet avis de sécurité:

Référence produit	Numéro de série

A réception du formulaire rempli, un accusé de réception vous sera adressé et notre service clients vous contactera pour organiser la reprise de votre/vos dispositif(s). Cependant, nous vous remercions de ne retourner aucun accessoire car ces derniers ne seront pas remplacés.

Je déclare avoir reçu et compris les informations contenues dans l'avis de sécurité ci-joint.

Nom et fonction (en caractères d'imprimerie)	Numéro de téléphone	Signature
Adresse e-mail (en caractères d'imprimerie bien lisibles)	Date	