

2. Formulaire d'accusé réception du rappel pour le Distributeur

1. Notification urgente de sécurité	
Reference *	CR-U-202000574
Date*	17-Juin-2020
Dispositifs concernés*	LoFric Origo, 40cm Nelaton ou Tiemann CH10, CH12, CH14, CH16
Références	4431070 4431270 4431670 4441470 4441670
Numéros de lot	Voir le tableau figurant dans la notification

2. Coordonnées	
Nom*	
Numéro de compte client	
Adresse*	
Adresse de livraison si différente	
Nom de la personne à contacter*	
Titre ou fonction	
Téléphone *	
Email*	

3. Retour de l'accusé réception à l'expéditeur	
Email	Affairespharmaceutiques@dentsplysirona.com
Numéro d'assistance	01 30 97 66 33
Adresse Postale	Wellspect HealthCare 7 ter rue de la Porte de Buc 78000 Versailles
Site Web	N/A
Date limite de retour du formulaire d'accusé réception *	16 juillet 2020

4. Distributeurs (Cocher les cases concernées)		
<input type="checkbox"/>	*Je confirme la réception, la lecture et la compréhension de cette notification de sécurité	
<input type="checkbox"/>	J'ai vérifié mon stock et placé en quarantaine les produits concernés	Préciser quantité et date
<input type="checkbox"/>	J'ai identifié les clients qui ont reçu ou ont pu recevoir ce dispositif	
<input type="checkbox"/>	J'ai joint la liste des clients	

<input type="checkbox"/>	J'ai informé les clients identifiés de cet avis de sécurité	Date(s) de communication:
<input type="checkbox"/>	J'ai reçu la confirmation de réponse de tous les clients identifiés	
<input type="checkbox"/>	J'ai retourné les dispositifs concernés – préciser la quantité retournée et la date.	Ajouter la quantité, le numéro de lot, la date de retour
<input type="checkbox"/>	Ni moi ni aucun de mes clients ne disposons des produits concernés dans nos stocks.	
Nom*		
Signature*		
Date *		

Les informations à compléter obligatoirement sont repérées par un astérisque *

Il est important que vous mettiez en place les actions décrites dans ce formulaire et que vous confirmiez la bonne réception de cette notification urgente de sécurité.

Nous avons besoin de votre réponse pour une bonne gestion de ce rappel de lot et pouvoir le clôturer dans les délais.

<input type="checkbox"/>	Je confirme que tous les articles en ma possession mentionnés dans le tableau ci-dessus sont rangés à part, dans l'attente de l'organisation par Wellspect Healthcare de leur retour pour échange	
Nom*		
Signature*		
Date*		

8. Retour de l'accusé réception à l'expéditeur	
Email	Affairespharmaceutiques@dentsplysirona.com
Numéro d'assistance	01 30 97 66 33
Adresse Postale	Wellspect HealthCare 7 ter rue de la Porte de Buc 78000 Versailles
Site Web	N/A
Fax	01 30 97 65 81
Date limite de retour du formulaire d'accusé réception *	16 juillet 2020.

Les informations à compléter obligatoirement sont repérées par un astérisque *