

FORMULAIRE REPONSE CLIENT  
RAPPEL DISPOSITIFS MEDICAUX PROCONCEPT

**A RETOURNER AU 01 55 87 39 22**

Nom : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Etablissement : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

→ Indiquer le nombre d'unités restantes détenues dans l'établissement pour chaque référence et numéro de lot.

Je détiens les produits suivants :

REFERENCE	LOT	QUANTITE

→ merci de préciser si vous avez déjà été prévenu par PROCONCEPT  oui  
 non

→ si vous n'avez plus aucun produit indiqué sur les listes, merci de ne pas renvoyer ce formulaire

Date :

Signature :