

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 :