

FORMULAIRE DE CONFIRMATION D'ACTION MÉDECIN

Diabète - Arrêt de production du système MIP

Professionnel de santé

Veuillez remplir et signer ce formulaire et le renvoyer au plus tard le **20 octobre 2020** au service réglementaire de Medtronic par mail à l'adresse suivante affaires.reglementaires@medtronic.com ou fax 01 55 38 18 91.

Nom du contact: _____

Fonction: _____

Hopital: _____

Ville: _____ Pays: _____

Téléphone: _____

E-mail: _____

Compte client Medtronic (si connu): _____

En signant ce formulaire, je confirme que j'ai lu et compris la communication directe aux professionnels de la santé (DHPC) concernant l'arrêt de production du système MIP et la lettre pour les patients MIP. **Je confirme que j'ai informé tous mes patients et que je leur ai fourni une copie de la lettre destinée aux patients.**

Signature:

Date:

Pour toute question, n'hésitez pas à contacter votre contact Diabète habituel