

Formulaire de réponse client

1. Informations relatives à l'avis de sécurité (FSN, Field Safety Notice)																															
Numéro de référence du FSN*	WW20_C11607																														
Date du FSN*	11.08.2020																														
Dénomination du produit/dispositif*	Système de moteur MD11 Système de moteur MD30																														
Code(s) produit	Unité de commande et kits MD11 : 3335 ; 2003 ; 2026 ; 2027 ; 2027m ; 2028 Unité de commande et kits MD30 : 3330 ; 2004 ; 2005																														
Numéro(s) de lot/série	<p>MD11:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #4F81BD; color: white;"> <th>Qté</th> <th>KIT NS</th> <th>UNITÉ NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr style="background-color: #D9EAD3;"> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">5142S1910R</td> <td style="text-align: center;">9447U1907R</td> </tr> <tr style="background-color: #D9EAD3;"> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">3245E1903R</td> <td style="text-align: center;">5909U1811R</td> </tr> <tr style="background-color: #D9EAD3;"> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">5481E1904R</td> <td style="text-align: center;">5938U1811R</td> </tr> <tr style="background-color: #D9EAD3;"> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">0147S1907R</td> <td style="text-align: center;">0634U1902R</td> </tr> <tr style="background-color: #D9EAD3;"> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">3740S1910R</td> <td style="text-align: center;">5453U1904R</td> </tr> </tbody> </table> <p>MD30:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #4F81BD; color: white;"> <th>Qté</th> <th>KIT NS</th> <th>UNITÉ NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr style="background-color: #D9EAD3;"> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1052E1902R</td> <td style="text-align: center;">2409U1803R</td> </tr> <tr style="background-color: #D9EAD3;"> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">6233E1905R</td> <td style="text-align: center;">9143U1901R</td> </tr> <tr style="background-color: #D9EAD3;"> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">9428S2001R</td> <td style="text-align: center;">1233U1908R</td> </tr> </tbody> </table>	Qté	KIT NS	UNITÉ NS	1	5142S1910R	9447U1907R	1	3245E1903R	5909U1811R	1	5481E1904R	5938U1811R	1	0147S1907R	0634U1902R	1	3740S1910R	5453U1904R	Qté	KIT NS	UNITÉ NS	1	1052E1902R	2409U1803R	1	6233E1905R	9143U1901R	1	9428S2001R	1233U1908R
Qté	KIT NS	UNITÉ NS																													
1	5142S1910R	9447U1907R																													
1	3245E1903R	5909U1811R																													
1	5481E1904R	5938U1811R																													
1	0147S1907R	0634U1902R																													
1	3740S1910R	5453U1904R																													
Qté	KIT NS	UNITÉ NS																													
1	1052E1902R	2409U1803R																													
1	6233E1905R	9143U1901R																													
1	9428S2001R	1233U1908R																													

2. Coordonnées du client	
Numéro de compte	
Nom de l'organisation de santé*	
Adresse de l'organisation*	
Service/unité	
Adresse de livraison si différente de l'adresse ci-dessus	
Nom du contact*	
Titre ou fonction	
Numéro de téléphone*	
E-mail*	

3. Mesure(s) du client entreprise(s) pour le compte de l'organisation de santé			
<input type="checkbox"/>	J'accuse réception de l'avis de sécurité et je confirme avoir lu et compris son contenu.	Client : renseigner ou saisir S/O (sans objet)	
<input type="checkbox"/>	J'ai pris toutes les mesures demandées dans le FSN.	Client : renseigner ou saisir S/O	
<input type="checkbox"/>	Les informations et les mesures nécessaires ont été portées à la connaissance de tous les utilisateurs concernés et mises en œuvre.	Client : renseigner ou saisir S/O	
<input type="checkbox"/>	J'ai renvoyé les dispositifs concernés - indiquer le nombre de dispositifs renvoyés et la date à laquelle cette mesure est terminée.	Qté :	Numéro de lot/série :
		Qté :	Numéro de lot/série :
		S/O	Commentaires :
<input type="checkbox"/>	J'ai détruit les dispositifs concernés - indiquer le nombre de dispositifs détruits et la date à laquelle cette mesure est terminée.	Qté :	Numéro de lot/série :
		Qté :	Numéro de lot/série :
		S/O	Commentaires :
<input type="checkbox"/>	Aucun dispositif concerné n'est à disposition pour renvoi/destruction	Client : renseigner ou saisir S/O	
<input type="checkbox"/>	Autre mesure (préciser) :		
<input type="checkbox"/>	Je n'ai aucun dispositif concerné.	Client : renseigner ou saisir S/O	
<input type="checkbox"/>	Je souhaite obtenir des renseignements, veuillez	Client : préciser des coordonnées de contact si différentes de celles indiquées ci-dessus et décrire brièvement l'objet de la demande de renseignements.	

	me contacter (p. ex. nécessité de remplacement du produit).	
Nom en caractères d'imprimerie*	Client : inscrire ici le nom en caractères d'imprimerie	
Signature*	Client : signer ici	
Date*		

4. Pour accuser réception auprès de l'expéditeur	
E-mail	Info-de@novvag.com
Assistance téléphonique dédiée aux clients	+49 (0)7531 1290-0
Adresse postale	Nouvag GmbH Dental und Medizintechnik Schulthaisstrasse 15 DE - 78462 Konstanz Allemagne
Portail web	www.novvag.com
Date d'échéance pour le renvoi du formulaire de réponse client*	21.08.2020

Les champs marqués d'un « * » sont obligatoires.

Il est important que votre organisation mette en œuvre les mesures détaillées dans le FSN et confirme la bonne réception du FSN.

La réponse de votre organisation constitue la preuve dont nous avons besoin pour superviser la progression des mesures correctives.

Veillez remplir le formulaire de réponse client/distributeur et nous le renvoyer avant la date d'échéance fixée à l'adresse vigilance@novvag.com