

## Formulaire de réponse distributeur/importateur

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	MD11 : <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th>Qté</th> <th>KIT NS</th> <th>UNITÉ NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>5142S1910R</td> <td>9447U1907R</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>3245E1903R</td> <td>5909U1811R</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>5481E1904R</td> <td>5938U1811R</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>0147S1907R</td> <td>0634U1902R</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>3740S1910R</td> <td>5453U1904R</td> </tr> </tbody> </table> MD30 : <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th>Qté</th> <th>KIT NS</th> <th>UNITÉ NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>1052E1902R</td> <td>2409U1803R</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>6233E1905R</td> <td>9143U1901R</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>9428S2001R</td> <td>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																													

<b>2. Coordonnées du distributeur/de l'importateur</b>	
Nom de l'entreprise*	
Numéro de compte	
Adresse*	
Adresse de livraison si différente de l'adresse ci-dessus	
Nom du contact*	
Titre ou fonction	
Numéro de téléphone*	
E-mail*	

<b>3. Pour accuser réception auprès de l'expéditeur</b>	
E-mail	Info-de@novag.com
Assistance téléphonique dédiée aux distributeurs/importateurs	+49 (0)7531 1290-0
Adresse postale	Novag GmbH Dental und Medizintechnik Schulthaisstrasse 15 DE - 78462 Konstanz Allemagne
Portail web	www.novag.com
Date d'échéance pour le renvoi du formulaire de réponse distributeur/importateur*	21.08.2020

<b>4. Distributeurs/importateurs (cocher toutes les cases correspondantes)</b>		
<input type="checkbox"/>	*Je confirme avoir reçu, lu et compris l'avis de sécurité.	Distributeur/importateur : renseigner ou saisir S/O (sans objet)
<input type="checkbox"/>	J'ai vérifié mon stock et mis les produits concernés de côté	Distributeur/importateur : indiquer la quantité et la date
<input type="checkbox"/>	J'ai identifié les clients qui ont reçu ou sont susceptibles d'avoir reçu ce dispositif	
<input type="checkbox"/>	J'ai mis la liste des clients en pièce jointe	
<input type="checkbox"/>	J'ai informé les clients identifiés du présent FSN	Date de communication :
<input type="checkbox"/>	J'ai reçu une confirmation par réponse de tous les clients identifiés	
<input type="checkbox"/>	J'ai renvoyé les dispositifs concernés - indiquer le nombre de dispositifs renvoyés et la date à laquelle cette mesure est terminée.	Ajouter la quantité, le numéro de lot/série, la date de renvoi (informations identiques à celles demandées dans le formulaire de réponse client)
<input type="checkbox"/>	J'ai détruit les dispositifs concernés - indiquer le nombre de dispositifs détruits et la date à laquelle cette mesure est terminée.	Ajouter la quantité, le numéro de lot/série, la date de renvoi (informations identiques à celles demandées dans le formulaire de réponse client)

<input type="checkbox"/>	Ni moi-même ni aucun de mes clients ne possédons de dispositifs concernés dans nos stocks	
Nom en caractères d'imprimerie*		Distributeur/importateur : inscrire ici le nom en caractères d'imprimerie
Signature*		Distributeur/importateur : signer ici
Date *		

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@novag.com](mailto:vigilance@novag.com)**