|  |  |
| --- | --- |
| FORMULAIRE D'ACCUSÉ DE RÉCEPTION CLIENT | Medtronic France SAS  9 bd Romain Rolland  75014 Paris  Tel. 01 55 38 17 00 |
| Veuillez compléter ce formulaire | |

**Information urgente de sécurité – Notification**

**FA1412 : A610 Workflow de remplacement avec adaptateur affectant l'affichage de la compatibilité IRM**

**Notification**

**Date d’envoi**

|  |
| --- |
| **Coordonnées du client** |

Nom de l’établissement : Numéro de compte :

Adresse :

Ville : Code postal : Pays :

**En signant ce formulaire,**

**Je confirme que j’ai lu et compris les instructions fournies et j'accuse réception de l’information urgente de sécurité concernant la mise à jour concernant la FA1412. J’accepte également de diffuser ces informations importantes au sein de mon établissement, au besoin.**

Nom : Fonction :

Téléphone : Date :

Signature :

Note : Des rappels de cet avis peuvent continuer à être envoyés jusqu'à ce qu'une réponse soit reçue.

Si vous avez des questions sur cette action de sécurité, veuillez prendre contact avec votre représentant Medtronic.