Degradable Solutions AG
Wagistrasse 23
8952 Schlieren Switzerland

COLLAGEN MATRIX
SCIENCE • TECHNOLOGY • INNOVATION
15 Thornton Road, Oakland, NJ 07436, USA

Formulaire de réponse du client au sujet de l'avis de sécurité sur le terrain

1. Informations sur l'avis de sécurité sur le terrain (FSN)	
Numéro de référence du FSN*	MD24.174
Date du FSN*	20/08/2024
Nom du produit/appareil*	easy-graft Crystal
Code(s) produit(s)	C15-002, C15-005
Numéro(s) de lot/série	EGCR40230101, EGCR40230102, EGCR40230103, EGCR40230202, EGCR40240302

2. Coordonnées du client	
Numéro de compte	DHL - 962919307
Nom de l'organisation de soins de santé*	Biotech Dental
Adresse de l'organisation*	BIOTECH DENTAL 305 ALLEES DE CRAPONNE 13300 SALON DE PROVENCE - France
Service/Unité	S.O.
Adresse de livraison si différente de celle mentionnée ci-dessus	GANDONNE ZA LA GANDONNE 235 , RUE CANESTEU 13300 SALON DE PROVENCE - France
Nom du contact*	Jérôme DARTHOUX
Titre ou fonction	Acheteur **(Approvisionnement)**
Numéro de téléphone*	*Tél : +33(0)490446060*
E-mail*	*approvisionnements@biotech-dental.com*

3. Action client entreprise au nom de l'organisation de soins de santé				
☐	Je confirme avoir reçu l'avis de sécurité sur le terrain et avoir lu et compris son contenu.	Le client doit remplir ou saisir « S.O ».		
☐	J'ai effectué toutes les actions demandées par le FSN.	Le client doit remplir ou saisir « S.O ».		
☐	Les informations et les actions requises ont été portées à la connaissance de tous les utilisateurs concernés et mises en œuvre.	Le client doit remplir ou saisir « S.O ».		
☐	J'ai renvoyé les appareils concernés (saisissez le nombre d'appareils renvoyés et la date d'achèvement).	Qté :	Numéro de lot/série :	Date de retour (JJ/MM/AA) :
		Qté :	Numéro de lot/série :	Date de retour (JJ/MM/AA) :
		S.O.	Commentaires :	

Degradable Solutions AG
Wagistrasse 23
8952 Schlieren Switzerland

COLLAGEN MATRIX
SCIENCE • TECHNOLOGY • INNOVATION
15 Thornton Road, Oakland, NJ 07436, USA

☐	J'ai détruit les appareils concernés (saisissez le nombre d'appareils détruits et la date d'achèvement).	Qté :	Numéro de lot/série :
		Qté	Numéro de lot/série :
		S.O.	Commentaires :
☐	Aucun appareil affecté n'est disponible pour retour/destruction	Le client doit remplir ou saisir « S.O ».	
☐	Autre action (à définir) :		
☐	Je ne dispose d'aucun appareil concerné.	Le client doit remplir ou saisir « S.O ».	
☐	J'ai une question, veuillez me contacter (par exemple, nécessité de remplacer le produit).	Le client doit indiquer ses coordonnées si elles sont différentes de celles mentionnées ci-dessus et décrire brièvement sa demande.	
Nom en caractères d'imprimerie*		Nom du client en caractères d'imprimerie ici	
Signature*		Signature du client ici	
Date*			

4. Renvoyer l'accusé de réception à l'expéditeur	
E-mail	lmccormick@regenity.com et jmabille@regenity.com
Assistance téléphonique	551-287-2947
Adresse postale	10 Industrial Ave, Mahwah N.J. 07430
Portail Internet	https://regenity.com/
Fax	S.O.
Date limite de renvoi du formulaire de réponse client*	5 jours ouvrables à compter de la réception du formulaire de réponse client

Les champs obligatoires sont marqués d'un symbole *

Il est important que votre organisation prenne les mesures décrites dans le FSN et confirme que vous l'avez reçu.

La réponse de votre organisation est la preuve dont nous avons besoin pour suivre l'évolution des actions correctives.

Degradable Solutions AG
Wagistrasse 23
8952 Schlieren Switzerland

COLLAGEN MATRIX
SCIENCE • TECHNOLOGY • INNOVATION
15 Thornton Road, Oakland, NJ 07436, USA

Formulaire de réponse du distributeur/importateur

1. Informations sur l'avis de sécurité sur le terrain (FSN)	
Numéro de référence du FSN*	MD24.174
Date du FSN*	20/08/2024
Nom du produit/appareil*	easy-graft Crystal
Code(s) produit	C15-002, C15-005
Numéro(s) de lot/série	EGCR40230101, EGCR40230102, EGCR40230103, EGCR40230202, EGCR40240302

2. Coordonnées du distributeur/importateur	
Nom de l'entreprise*	Biotech Dental
Numéro de compte	DHL - 962919307
Adresse*	BIOTECH DENTAL 305 ALLEES DE CRAPONNE 13300 SALON DE PROVENCE - France
Adresse de livraison si différente de l'adresse ci-dessus	GANDONNE ZA LA GANDONNE 235, RUE CANESTEU 13300 SALON DE PROVENCE - France
Nom du contact*	Jérôme DARTHOUX
Titre ou fonction	Acheteur **(Approvisionnement)**
Numéro de téléphone*	*Tél. : +33(0)0490446060*
E-mail*	*approvisionnements@biotech-dental.com*

3. Renvoi de l'accusé de réception à l'expéditeur	
E-mail	lmccormick@regenity.com et jmabille@regenity.com
Assistance téléphonique du distributeur/importateur	551-287-2947
Adresse postale	10 Industrial Ave, Mahwah N.J. 07430
Portail Web	https://regenity.com/
Date limite de retour du formulaire de réponse du distributeur/importateur*	5 jours ouvrables à partir de la réception du formulaire de réponse du client

4. Distributeurs/Importateurs (cochez toutes les cases qui s'appliquent)		
☐	*Je confirme la réception, la lecture et la compréhension de l'Avis de sécurité sur le terrain (FSN).	Le distributeur/importateur doit remplir ou saisir s.o.
☐	J'ai vérifié mon stock et mon inventaire en quarantaine.	Le distributeur/importateur doit saisir la quantité et la date.
☐	J'ai identifié des clients qui ont reçu ou pourraient avoir reçu cet appareil.	
☐	J'ai joint la liste des clients.	
☐	J'ai informé les clients identifiés	Date de communication :

Degradable Solutions AG
Wagistrasse 23
8952 Schlieren Switzerland

COLLAGEN MATRIX
SCIENCE • TECHNOLOGY • INNOVATION
15 Thornton Road, Oakland, NJ 07436, USA

	de ce FSN.	
☐	J'ai reçu une confirmation de réponse de la part de tous les clients identifiés.	
☐	J'ai renvoyé les appareils concernés – indiquer le nombre d'appareils renvoyés et la date d'achèvement.	Ajouter la quantité, le numéro de lot/série/la date de retour (mêmes informations que celles demandées dans le formulaire de réponse du client).
☐	J'ai détruit les appareils concernés – indiquer le nombre d'appareils détruits et la date d'achèvement.	Ajouter la quantité, le numéro de lot/série/la date de retour (mêmes informations que celles demandées dans le formulaire de réponse du client).
☐	Ni moi, ni aucun de mes clients n'avons d'appareils concernés en stock.	
Nom en caractères d'imprimerie*		Nom du distributeur/importateur en caractères d'imprimerie ici.
Signature*		Signature du distributeur/importateur ici.
Date *		

Les champs obligatoires sont marqués d'un *

Il est important que votre organisation prenne les mesures décrites dans le FSN et confirme que vous l'avez reçu.

La réponse de votre organisation est la preuve dont nous avons besoin pour suivre l'évolution des actions correctives.