

**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			
<input type="checkbox"/>	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 ».	
<input type="checkbox"/>	J'ai effectué toutes les actions demandées par le FSN.	Le client doit remplir ou saisir « S.O ».	
<input type="checkbox"/>	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 ».	
<input type="checkbox"/>	J'ai renvoyé les appareils concernés (saisissez le nombre d'appareils renvoyés et la date d'achèvement).	Qté :	Numéro de lot/série :
		Qté :	Numéro de lot/série :
		S.O.	Commentaires :
		Date de retour (JJ/MM/AA) :	



<input type="checkbox"/>	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 :
<input type="checkbox"/>	Aucun appareil affecté n'est disponible pour retour/destruction	Le client doit remplir ou saisir « S.O ».	
<input type="checkbox"/>	Autre action (à définir) :		
<input type="checkbox"/>	Je ne dispose d'aucun appareil concerné.	Le client doit remplir ou saisir « S.O ».	
<input type="checkbox"/>	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.