

**DANE ZGŁASZAJĄCEGO**

Nazwa organizacji / Imię i nazwisko / adres

e-mail

telefon

DANE IDENTYFIKACYJNE WYROBU

Nazwa wyrobu medycznego

Nr. REF

Nr. LOT

Ilość sztuk

OPIS ZGŁASZANEJ REKLAMACJI

Data wystąpienia problemu

Data zgłoszenia

Szczegółowy opis niezgodności/zdarzenia

Okoliczności wystąpienia

☐

przed użyciem

☐

w trakcie użycia

SKUTKI ZDARZENIA

Czy w wyniku zdarzenia ucierpiał pacjent lub użytkownik ?

☐

NIE

☐

TAK

Czy zdarzenie wymagało interwencji medycznej?

☐

NIE

☐

TAK

Jeśli tak, prosimy o opis:

DANE DO ANALIZY

Czy produkt jest dostępny do zwrotu?

☐

NIE

☐

TAK

Czy załączono zdjęcia lub inne dowody?

☐

NIE

☐

TAK

Jeśli tak, prosimy o wskazanie/opis:

Dodatkowe informacje / Uwagi

RLS: