

MODULO DI RISPOSTA – QIL FY25-EMEA-02

Nome unità medica	
Indirizzo unità medica	
Nome del contatto	
Richieste aggiuntive del cliente (indicare eventuali richieste aggiuntive a supporto di questa azione)	

Inserire la descrizione dei nomi di prodotto e dei numeri di modello dei prodotti interessati

N. catalogo	N. di serie/lotto	Qtà spedita alla sua unità	Qtà smaltita

Dichiaro di aver ricevuto questa notifica. Confermo lo smaltimento della quantità indicata in conformità con le normative locali, statali e federali.

Compilato da:		
		Fare clic o toccare per inserire una data.
<i>Nome</i>	<i>Firma</i>	<i>Data (AAAA-MM-GG)</i>

Inviare il modulo compilato a XXX entro la data XXX.