

Formularz zgłoszenia incydentu medycznego

Informacje o zgłaszającym incydent medyczny

Status zgłaszającego incydent:

- ☐ osoba niebędąca profesjonalnym użytkownikiem/pacjent
- ☐ świadczeniodawca
- ☐ dystrybutor
- ☐ importer
- ☐ Podmiot świadczący usługi w zakresie napraw, serwisu, utrzymania i kalibracji wyrobów
- ☐ Podmiot prowadzący zewnętrzną ocenę jakości pracy laboratoriów diagnostycznych
- ☐ Inny (określić rolę): ...

imię i nazwisko

imię i nazwisko osoby do kontaktu

adres

kod pocztowy

mięscowość

telefon

email

państwo

Informacje o wyrobie

nazwa handlowa/nazwa firmowa/marka

model lub numer katalogowy

numer(y) seryjny(e) serii/partii

numer wersji oprogramowania(jeżeli dotyczy)

data produkcji

data ważności(jeżeli dotyczy)

Informacje o incydencie medycznym

data wystąpienia incydentu

miejsce wystąpienia incydentu

opis incydentu

Potwierdzam, że powyższe informacje są poprawne według mojej najlepszej wiedzy.

podpis

imię i nazwisko

data

miejsowość

Wypełniony formularz proszę niezwłocznie przesłać w formie skanu na adres email jakosc@medicinae.com.pl lub wypełniony oryginał proszę przesłać na adres Medicinae Sp. z o.o. ul. Zbąszyńska 3, 91-342 Łódź

Administratorem Twoich danych osobowych jest „Medicinae sp. z o.o. Pełną informację o przetwarzaniu Twoich danych osobowych, w tym o Twoich prawach i celach przetwarzania znajdziesz w naszej polityce prywatności (zwłaszcza w jej § 10) na stronie www.medicinae.com.pl