**بسمه تعالی**

 **شرکت تجهیزات پزشکی**

 **پل سلامت ایرانیان**

واحد خدمات پس از فروش

فرم ب:ویژه مصرف کنندگان وسایل پزشکی (بیماران یا مراکز درمانی )

|  |
| --- |
| 1 – مشخصات محصول |
| نام وسیله  |  |
| کد UMDNS |  |
| کلاس خطر وسیله |  |
| نام تجاری |  |
| مدل |  |
| شماره کاتالوگ |  |
| سری ساخت (Serial number / lot number / batch number ) |  |
| تاریخ تولید | ......../....../........ | تاریخ خرید | ......../....../........ |
| تاریخ نصب و راه اندازی | ......../....../........ | تاریخ انقضا | ......../....../........ |
| 2 – مشخصات شرکت سازنده |
| نام شرکت |  |
| شماره شناسنامه فعالیت |  |
| آدرس |  |
| تلفن |  | فکس |  |
| پست الکترونیکی |  |
| مشخصات شخص پاسخگو |  |
| 3 – مشخصات شرکت نماینده |
| نام شرکت |  |
| شماره شناسنامه فعالیت |  |
| آدرس |  |
| تلفن |  | فکس |  |
| پست الکترونیکی |  |
| مشخصات شخص پاسخگو |  |
| 4 – مشخصات شرکت توزیع کننده / فروشنده |
| نام شرکت |  |
| شماره شناسنامه فعالیت |  |
| آدرس |  |
| تلفن |  | فکس |  |
| پست الکترونیکی |  |
| مشخصات شخص پاسخگو |  |

|  |
| --- |
| 5 – اطلاعات مربوط به حادثه |
| شرح حادثه |
| نتایج و سوابق مربوط به حادثه |
| آیا محصول / برچسب وسیله جهت بازرسی در دسترس می باشد؟بله □ خیر □ |
| تاریخ اطلاع به سازنده(روز / ماه / سال ) | ......../....../........ | تاریخ وقوع حادثهناگوار ( روز / ماه / سال ) | ......../....../........ |
| تاریخ گزارش ( روز/ ماه/ سال ) | ......../....../........ | تاریخ ارائه گزارش بعدی ( روز / ماه / سال ) | ......../....../........ |
| 6 – مشخصات فرد گزارش کننده |
| نام و نام خانوادگی |  |
| سمت |  |
| آدرس |  |
| تلفن تماس |  | نمابر |  |
| پست الکترونیکی |  |
| آیا تمایل دارید اطلاعات شما محرمانه بماند ؟بله □ خیر □ |
| مشخصات و امضا تکمیل کننده فرم  |

* لازم به ذکر است که تکمیل این فرم الزاما به معنای قصور یا دخالت کادر درمانی ، مرکز درمانی، شرکت سازنده، شرکت نماینده / توزیع کننده در وقوع حادثه گزارش شده **نمی باشد**.