

FAX-RETURFORMULAR – MEDDELELSE OM ANERKENDELSE AF FELTSIKKERHED

Klinisk overlæge /  
chef for  
Gynækologi:

Forhandler:

Hospitalets navn:

Nationale myndighed:

Denne anmodning angår:

- Alle brugere af Thermablate EAS-systemet
- Forhandlere af Thermablate EAS-systemet
- De nationale myndigheder for hvilke Thermablate EAS-systemet findes på det marked.

D Ja Jeg har anerkendt, læst og forstået vedlagte meddelelse om feltsikkerhed fra Idoman Teoranta.

D Ja Jeg vil sørge for at alle Thermablate-brugere på hospitalet gennemgår og følger den nye revision E af IFU

Underskrift: \_\_\_\_\_ Underskrevet den: \_\_\_\_\_

Vær venlig at sende denne udfyldte formular tilbage til Idoman Teoranta således:

[regulatory@idoman-med.com](mailto:regulatory@idoman-med.com)

eller

Fax: 353 94 9544725

*Returner venligst ikke senere end 28-08-2018*

