**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 حادثه  ناگوار ( 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**.