

Meldung von Vorkommnissen durch sonstige Inverkehrbringer sowie Betreiber und Anwender nach § 3 Abs. 2 bis 4 der Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung

Meldung erstattet von:

Kunden Nr.:

Firma:

Straße:

PLZ/Ort

Ansprechpartner

Telefon:

E-Mail:

Angaben zum Hersteller und Medizinprodukt

Hersteller

Artikelnummer

Produktbezeichnung

Chargennummer

Angaben zum Vorkommnis

Datum

Ort

Beschreibung

Angaben zur betroffenen Person (falls erforderlich)

Initialen

Geschlecht

Geburtsjahr

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift

Bitte senden Sie das Formular an:

GEISTER Medizintechnik GmbH
Föhrenstraße 2
78532 Tuttlingen
Germany

Tel: +49 7461/966240
Fax: +49 7461/9662422
complaints@geister.com
www.geister.com