

Dringende Sicherheitsmitteilung (Rückruf)

(Event-2020-03063)

**Cardinal Health Protexis Latex Micro OP-Handschuhe**

**Artikelnummern 2D72NT55X, 2D72NT60X, 2D72NT65X, 2D72NT70X, 2D72NT75X, 2D72NT80X, 2D72NT85X, 2D72NT90X**

**Kunden-Antwortformular**

Cardinal Health gibt eine Sicherheitsmitteilung aufgrund eines durch einen Abbau des Materials verursachten Defekts heraus, der bei Cardinal Health™ PROTEXIS™ Latex Micro OP-Handschuhen festgestellt wurde und der zu Löchern und Einrissen im Faltbereich um die Bündchen führen kann.

Diese Sicherheitsmitteilung gilt für acht Artikelnummern und verschiedene Chargen. Konkrete Informationen zu Artikelnummern und Chargen finden Sie in der Tabelle, die in der Sicherheitsmitteilung aufgeführt ist.

|  |  |
| --- | --- |
| **Kundennummer und Name des Kunden:** |  |
| **Name des Ansprechpartners beim Kunden:** |  |
| **Adresse des Kunden:** |  |
| **Kontaktinformationen**  | ÖRK Einkauf & Service GmbH es@roteskreuz.at |

Aus unseren Aufzeichnungen geht hervor, dass Ihre Einrichtung ein Produkt erhalten hat, für das die obige Sicherheitsmitteilung gilt.

**Teil 1: Antwortformular (Kunde)**

Wir haben von der Benachrichtigung über den oben genannten Rückruf Kenntnis genommen und alle verbleibenden Einheiten bei Seite gelegt, um eine weitere Verwendung des Produkts auszuschließen. Das Produkt soll beim Kunden zerstört werden und der ÖRK Einkauf & Service GmbH muss ein Zerstörungsnachweis (siehe Anhang A) übermittelt werden.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name/Unterschrift: (Kunde) Position: (Kunde)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum: (Kunde)

Bitte senden Sie dieses Antwortformular ausgefüllt inklusive Zerstörungsnachweis an es@roteskreuz.at zurück.

**Anhang A**

Zerstörungsnachweis für Protexis Latex Micro OP-Handschuhe Sicherheitsmitteilung - Event-2020-03063

**Name des Kunden:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Adresse:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Hiermit wird bescheinigt, dass die unten aufgeführten Produkte nicht mehr verwendet werden können und nicht physisch an Cardinal Health zurückgegeben werden. Die Produkte wurden gemäß den geltenden Umweltrichtlinien entsorgt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Artikelnummer** | **Chargennummer** | **Entsorgte Menge** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Genehmigung des Zerstörungsnachweises:**

**Kundenname und Titel:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Unterschrift Kunde:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Datum:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**