**bob instruments GmbH**

Abteilung Service

Weilatten 10

78532 Tuttlingen

|  |  |
| --- | --- |
| **Kunden-Nr.:** |  |
| **Firma:** |  |
| **Abteilung:** |  |
| **Straße:** |  |
| **PLZ / Ort:** |  |
| **Ansprechpartner:** |  |
| **Tel.:** |  | **Fax:** |  |
| **Email:** |  |
| ***Ref.:*** |  | ***Datum:*** |  |

**Angaben zum Produkt:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Artikel-Nr. / REF** | **Artikel-Beschreibung** | **LOT / Serien-Nr.** | ***bob instruments******Rechnungsnr.*** | ***Datum der Rechnung*** | **Stück** |
|  |  |  |  |  |  |

**Kam eine Person zu Schaden / Liegt eine Meldepflicht gemäß der Medizinprodukte –Sicherheitsplanverordnung MPSV § 3 bzw. den nationalen Bestimmungen vor?**

Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung MPSV:

 [**http://www.bfarm.de/DE/Medizinprodukte/vigilanz/vigilanz-node.html**](%20http%3A/www.bfarm.de/DE/Medizinprodukte/vigilanz/vigilanz-node.html)

[ ]  **NEIN** [ ]  **JA**

Wenn die Frage mit **JA** beantwortet wurde sind weitere Informationen zwingend unverzüglich erforderlich. Bitte verwenden Sie hierfür unser **Formular Nr. 7322 “Warenbegleitschein Meldung Vorkommnis“,** zum Download [www.bob-instruments.de/extranet](http://www.bob-instruments.de/extranet) oder nehmen Sie unverzüglich direkt mit uns Kontakt auf.

Wenn die Frage mit **NEIN** beantwortet wurde, dann beantworten Sie bitte nachfolgende Fragen:

[ ]  Es handelt sich um ein **neues** Medizinprodukt, der Mangel wurde bei der Eingangskontrolle festgestellt.

[ ]  Es handelt sich um ein **gebrauchtes** Medizinprodukt, der Mangel wurde bei der Funktionsprüfung festgestellt.

[ ]  Es handelt sich um ein **gebrauchtes** Medizinprodukt, der Mangel wurde bei der Anwendung festgestellt.

**Genaue Beschreibung des Mangels:**

|  |
| --- |
| (z.B. siehe Markierung am Produkt, Schwergängigkeit, Korrosion im Schluss etc. ein einfaches funktioniert nicht oder keine Funktion ist **nicht ausreichend** und führt zu Verzögerungen und Rückfragen.) |

[ ]  Das Medizinprodukt wurde dekontaminiert.

[ ]  Das Medizinprodukt wurde **nicht** dekontaminiert.

**Sonstige zusätzliche Informationen:**

|  |
| --- |
|  |

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

Ort Datum Stempel Unterschrift

**Hinweis:**

Wir weisen Sie darauf hin, dass fehlende Informationen (Angaben) zu Verzögerungen und Rückfragen führen.

Bitte füllen sie dieses Formular vollständig aus und legen Sie dieses dem Produkt bei.