

Title	MOD	Total Pages:
Sorveglianza Post Vendita	03.17	1

Dispositivo Medico di Classe: Ila Lenti a Contatto Iib Soluzioni per LAC

Prodotto	Formato	Parametri	Lotto
..
..
..
..

Informazioni Relative all'applicatore:

Nome	Cognome	Luogo di Lavoro	
..	
Indirizzo		Località	CAP
..	
E-mail:	..	Telefono:	..

Informazioni relative all'applicazione/uso del Dispositivo Medico:

Si prega di esprimere un giudizio barrando la casella corrispondente alla propria scelta:

	Nulla	Scarsa	Discreta	Buona	Ottima
EFFICACIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOLLERABILITÀ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se è venuto a conoscenza di effetti secondari/complicazioni successivamente all'utilizzo del Dispositivo Medico, Le chiediamo di indicare quali:

..

Esplicita dichiarazione: lo sottoscritto dichiaro, sotto la mia responsabilità, di comunicare, con il presente modulo, dati veritieri. Sollevo, inoltre, Safilens Srl Unipersonale da qualsiasi responsabilità diretta e indiretta derivante dall'utilizzo improprio dei Dispositivi Medici.

Data ____ / ____ / _____

Timbro e firma

Autorizzazione al trattamento dei dati personali: ai sensi del Regolamento sulla Tutela dei Dati Personali (Regolamento UE 2016/679 e ss. mm. e ii.) informiamo che i Suoi dati saranno inseriti nella Banca Dati di cui è titolare Safilens Srl Unipersonale. Tali dati saranno utilizzati da Safilens Srl Unipersonale esclusivamente ai soli fini della Sorveglianza post-vendita di cui alla Dir. 93/42/CEE e ss. mm. e ii.. In qualsiasi momento potrà esercitare i Suoi diritti per chiedere la conferma dell'esistenza di dati personali che La riguardano, richiederne la cancellazione od opporsi al loro utilizzo.

Data ____ / ____ / _____

Timbro e firma