

RÉCLAMATION CLIENT - IMPLANT MAMMAIRE CEREFORM®

Merci de renvoyer ce formulaire dûment rempli par voie postale, fax ou e-mail (reclamation@cereplas.com). Tout retour de produit doit systématiquement être accompagné de ce formulaire. Ce formulaire peut être renvoyé seul.

VOTRE COMMANDE CHEZ CEREPLAS

Nom, prénom du client :

✉ Adresse complète du client :

☎ Tél :

☎ Fax :

@ e-mail :

N° de votre commande :

Date de votre commande :

Adresse de facturation (si différente) :

VOTRE RÉCLAMATION – IMPLANT MAMMAIRE CEREFORM®

Rupture de stock

Référence souhaitée :

Quantité :

Remarque(s) :

Incident

Référence :

Numéro de lot :

Date de détection :

Date d'implantation :

Indication de mise en place : Esthétique Reconstruction

Type d'incident : Fracture de gel Plis Rupture de l'enveloppe Rotation / Déplacement

Infection Abrasion Contracture capsulaire (stade) Sérôme

Divers, sans conséquence pour le patient Autre, précisez :

Incident survenu : Avant l'intervention Pendant l'intervention Après l'intervention

Explantation de l'implant : OUI NON (Si oui, précisez la date :)

Circonstances de survenue / Conséquences cliniques :

Déclaration à l'autorité compétente réalisée ? OUI NON *Si oui, N° de déclaration :*

Si possible, joindre des photos de l'implant pour analyse

Autre(s) réclamation(s), précisez :

N° ENREGISTREMENT :

(À compléter par le service qualité de CEREPLAS)

Transmis au service Qualité de CEREPLAS le

CEREPLAS s'engage à vous répondre sous 3 semaines, suivant la date de réception au service Qualité