

**Nombre del médico**  
*Surgeon /Doctor's Name*

---

**Establecimiento/  
Dirección/ Teléfono**  
*Hospital/ Clinic/ Address  
Phone number*

---

<b>Referencia implicada</b> <i>Product Reference</i>	<b>Número de lote</b> <i>Batch number</i>	<b>Cantidad implicada</b> <i>Quantity</i>

**OBSERVACIÓN/ OBSERVATION**

**Fecha de la observación**  
*Date of observation*

---

**Objeto de la observación**  
*Type of observation*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Producto no conforme<br><i>Non-conforming product</i>  | <input type="checkbox"/> Empaquetado/ Etiquetado/ Identificación<br><i>Packaging/ Labelling/ Identification</i> |
| <input type="checkbox"/> Reacciones adversas<br><i>Adverse Event</i>            | <input type="checkbox"/> Reclamación logística<br><i>Complaint on Logistic</i>                                  |
| <input type="checkbox"/> Otro ( <i>especifique</i> )<br><i>Others (specify)</i> | <input type="checkbox"/> Documentación<br><i>Documentation</i>  |

**Descripción detallada del defecto/ observación/ *Detailed description of the default/ observation***

**Rellano el:**  
*Completed on*

**Por:**  
*By :*

**Firma:**  
*Signature*

Una vez relleno, devuelva este documento a VIVACY  
*Upon completion, thank you for sending back this form to VIVACY*