

Nome del medico  
*Chirurgo*

\_\_\_\_\_

Struttura/ Indirizzo/  
Telefono Ospedale/  
Numero di telefono

\_\_\_\_\_

| Riferimento correlato | Numero di lotto | Quantità interessata |
|-----------------------|-----------------|----------------------|
|                       |                 |                      |
|                       |                 |                      |
|                       |                 |                      |
|                       |                 |                      |

## OSSERVAZIONE

Data dell'osservazione

\_\_\_\_\_

Oggetto  
dell'osservazione

☐ Prodotto non conforme

☐ Imballaggio/Etichettatura/Identificazione

☐ Reazioni avverse  
*Evento avverso*

☐ Reclamo logistico

☐ Altro (*specificare*)

☐ Documentazione

**Descrizione dettagliata del difetto/osservazione**

Inviato il:

Da:

Firma:

Una volta compilato, restituisca questo documento a VIVACY