

FORMULARZ ZGŁOSZENIA WADY JAKOŚCIOWEJ – PRODUKT WYMAGA BADANIA-/
PHARMACOVIGILANCE CASE ASSOCIATED WITH QUALITY COMPLAINT - REQUEST FOR
INVESTIGATION –

Formularz należy odesłać na adres: pl.pv@stallergenes.com

Data otrzymania zgłoszenia wady jakościowej/Quality complaint reception date		Numer zgłoszenia/PV reference: Kraj/Country*:	
Quality investigation requested by: <input type="checkbox"/> lekarz/physician <input type="checkbox"/> pacjent/patient <input type="checkbox"/> dział PV/PV department <input type="checkbox"/> inne/other.			
Podmiot odpowiedzialny/Marketing Authorization Holder: Wytwórca/Manufacturer:			
PRODUKT/ PRODUCT	Product : <input type="checkbox"/> Phostal <input type="checkbox"/> Alustal <input type="checkbox"/> Alyostal <input type="checkbox"/> Albey <input type="checkbox"/> Staloral <input type="checkbox"/> Oralair <input type="checkbox"/> Prick test <input type="checkbox"/> Inne/Other:		
	Numer serii/Vial number:		Data ważności/Expiration date:
	Inny numer/Order number :	Allergeny/Allergens :	Stężenie/Concentration:
	Dostępność produktu do badań/Product available for investigation: <input type="checkbox"/> Nie/No <input type="checkbox"/> Tak, podaj lokalizację/Yes, specify location: <input type="checkbox"/> Gabinet lekarza/Physician office <input type="checkbox"/> Inne, należy określić (kwalifikacje, nazwa, adres)/ Other, specify (qualification, name, address):		
	Opis zdarzenia/Description of the complaint/reaction:		
OPIS ZDARZENIA/ REACTION		Data wystąpienia zdarzenia/Reaction date:	

Ilość opakowań dostarczona do badań/Number of packaging provided for complaint investigation:
Dane kontaktowe do osoby zgłaszającej (imię i nazwisko, nazwa firmy, adres, telefon, e-mail)/Contact data to reporter (name and surname, company name, address, phone number, e-mail):
Data zgłoszenia/Date of report: Podpis osoby zgłaszającej/Report signature:
*Formularz wysłany do Działu Jakości dnia/Form sent to QA department on : Podpis/Visa:
*Odpowiedź otrzymana przez Dział Jakości dnia/Answer received from QA department on :
*Odpowiedź mailowa wysłana dnia/Answer mail sent on : Podpis/Visa:

** (pola wyszarzone) wypełnia Dział Jakości lub Dział PV firmy Stallergenes Greer/should be completed by QA: Quality Assurance or PV: Pharmacovigilance Departments of Stallergenes company*

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w powyższym formularzu przez firmę Stallergenes, w celu wszelkich niezbędnych czynności związanych z kopiowaniem, archiwizowaniem i przekazywaniem do podmiotu odpowiedzialnego, instytucji państwowych oraz wszystkich wymaganych stron (zgodnie z Ustawą o Ochronie Danych Osobowych z dn. 29.08.1997 wraz z późniejszymi zmianami)/

I agree upon using my personal data included in above form by Stallergenes company for all necessary activities concerned with coping, archiving and transferring to marketing authorization holder, government institutions and all necessary sites (in compliance with Personal Protecting Data Act from 29.08.1997 with amendments).