

**NOTIFICATION D'ÉVÉNEMENT / FORMULAIRE DE RÉCLAMATION** IF-720-014-B

<b>TYPE DE RAPPORT</b>		<b>N° DE TRANSACTION DANS LA BASE DE DONNÉES</b>		<b>DATE DE CLÔTURE</b>	
<input type="checkbox"/> RAPPORT D'INCIDENT <input type="checkbox"/> RÉPARATION <input type="checkbox"/> RÉCLAMATION					
<b>DATE DE L'INCIDENT</b>		<b>DATE DE SIGNALEMENT PAR LE CLIENT</b>		<b>DATE DE RÉCEPTION PAR INNOMED</b>	
<b>EMPLACEMENT DE L'INCIDENT</b>		<b>SIGNALÉ PAR (NOM)</b>		<b>REP. INNOMED AYANT REÇU LE SIGNALEMENT</b>	
				← <b>SI AUTRE, JUSTIFIEZ</b>	
<b>N° DE COMPTE CLIENT</b>		<b>N° DU BON DE COMMANDE CLIENT</b>		<b>N° DE LA FACTURE D'ORIGINE</b>	
<b>CLIENT/NOM DE LA SOCIÉTÉ</b>				<b>PAYS</b>	
<b>NOM DE LA PERSONNE À CONTACTER CHEZ LE CLIENT</b>				<b>TÉLÉPHONE. 1</b>	
<b>ADRESSE</b>				<b>TÉLÉPHONE. 2</b>	
<b>ADRESSE 2</b>			<b>COURRIEL</b>		
<b>VILLE</b>				<b>ÉTAT</b>	<b>CODE POSTAL</b>
<b>RÉF. DU PRODUIT</b>		<b>N° DE LOT</b>		<b>NOM DU DISPOSITIF</b>	
<b>TYPE ET DESCRIPTION DE LA RÉCLAMATION OU DE L'INCIDENT</b>					
<b>N° DE LA MESURE CORRECTIVE</b>		<b>DATE D'ÉCHÉANCE DE LA MESURE CORRECTIVE</b>		<b>STATUT DE LA RÉCLAMATION</b>	
<b>RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE</b>					
<b>COMMENTAIRES</b>					
<b>RÉPONSE APPORTÉE À LA RÉCLAMATION OU À L'INCIDENT</b>					

Révision : A - Original  
 B - Réparation supplémentaire dans Type de rapport