

TRANSFUZNÍ ODDĚLENÍ

Reklamacce transfuzního přípravku

Vyplní pracoviště uplatňující reklamaci

Druh transfuzního přípravku:	Číslo reklamace (nevyplňujte)
Číslo transfuzního přípravku (číslo šarže):	
Popis závady: 	
Závadu zjistil: (jmenovka + podpis)	Datum a hodina:
Název pracoviště, razítko pracoviště, jmenovka a podpis odpovědného zaměstnance: 	
<i>Poučení: Při reklamaci zašlete společně s tímto hlášením na Transfuzní oddělení i zbytek reklamovaného výrobku k dalšímu prošetření. Tel. Expedice TO FNOL 588 442 238</i>	

Vyplní Transfuzní oddělení FNOL

Reklamaci přijal: (jmenovka + podpis)	Datum a hodina:
Závěr: 	
Primář TO FNOL: (jmenovka + podpis)	Datum: