

**I. INSTRUCCIONES PARA DEVOLUCIÓN**

1. Para el análisis del producto es necesario que el material sea enviado a ML Implant System en un sobre o bolsa para esterilización, identificado, **completamente limpio y desinfectado**.
2. Completar el formulario en letra imprenta mayúscula y enviarlo junto al producto\*.

\*Nota: se debe enviar un formulario por producto.

***Para la realización de un correcto análisis del producto es necesario que la información solicitada sea proporcionada de forma clara y detallada y que el material sea enviado debidamente acondicionado.  
No se aceptarán garantías con datos falsos, si falta información o la misma es poco clara.***

**II. DATOS DEL PROFESIONAL:**

1. Nombre:
2. Teléfono:
3. Email:
4. Domicilio:
5. País:
6. Provincia / Ciudad:

**III. DATOS DEL PRODUCTO:**

1. El componente fue comprado en:  ML  Distribuidor (nombre):
2. Descripción del dispositivo:
3. Código del dispositivo:
4. N° de lote:
5. Frecuencia de uso:  Sin abrir  Primer uso
6. Fecha de adición protésica:
7. Fecha de extracción:

**IV. PROBLEMA ENCONTRADO:**

1. Adaptación/Encaje  2. Deformación
3. Mal embalado/identificado  4. Fractura / Rotura del componente
5. Otro:
6. Breve descripción del problema:
- 
- 
7. Hechos o causas que podrían haber influenciado en el caso:
- 
- 

**FIRMA/MATRICULA/SELLO:**

Día /  Mes /  Año

**V. DATOS A COMPLETAR POR LA EMPRESA:**

- |                  |                      |        |                      |
|------------------|----------------------|--------|----------------------|
| N° Seguimiento:  | <input type="text"/> | Notas: | <input type="text"/> |
| Fecha recepción: | <input type="text"/> |        | <input type="text"/> |
| Recibió:         | <input type="text"/> |        | <input type="text"/> |
| Revisó:          | <input type="text"/> |        | <input type="text"/> |
| Aprobó:          | <input type="text"/> |        | <input type="text"/> |