

FORMULAIRE DE RÉPONSE DU CLIENT - Laerdal Suction Unit

Veuillez choisir l'UNE des options ci-dessous et retourner le formulaire signé à Laerdal Medical par e-mail: info.securite@laerdal.fr

Nous vous remercions de bien vouloir retourner ce formulaire **sous 3 semaines maximum**.

NOM/ADRESSE PRECISE DE L'ORGANISATION :

NOM DU CONTACT :

ADRESSE ÉLECTRONIQUE :

TÉLÉPHONE :

Option 1 : ré-étiqueter le LSU avec les conditions révisées dans lesquelles le LSU peut être stocké et installé avant son utilisation

J'ai lu et compris la communication de Laerdal Medical concernant les options disponibles pour garantir une utilisation sûre de mon aspirateur Laerdal Suction Unit, et j'ai décidé de ré-étiqueter tous les appareils LSU actuellement utilisés.

Nombre d'appareils LSU utilisés : _____

Date : _____ Signature : _____

Option 2 : modifier les paramètres de configuration du LSU pour que l'utilisation corresponde exactement à la plage de température de fonctionnement de la batterie NiMH

Je voudrais modifier la configuration des appareils LSU utilisés, à l'aide du kit de changement de configuration du LSU qui sera fourni par Laerdal Medical.

Nombre d'appareils LSU utilisés : _____

Date : _____ Signature : _____

Option 3 : aucun appareil LSU

Aucun appareil LSU n'est utilisé sur ce site.

Commentaires/informations supplémentaires destinés à Laerdal Medical :