

Declaramos para os devidos efeitos que o(s) dispositivo(s) médico(s) devolvidos à Montellano, Lda. foram manuseados, armazenados e transportados (quando aplicável) de forma adequada e de acordo com as condições de conservação recomendadas durante o período abaixo indicado.

Confirmamos também que foram comunicados quaisquer desvios que possam impactar a qualidade do(s) referido(s) produto(s) durante o armazenamento e transporte (quando aplicável).

Nome da empresa	
Fatura	
Nota de devolução	
Período de permanência nas instalações	

Dispositivos médicos a devolver:

Nome Comercial	Forma Farmacêutica	Lote	Quantidade

Observações: _____

Data	Carimbo	Assinatura Responsável Técnico