

CERTIFICAT DE DESTRUCTION - ANCILLAIRES

Date :	
Nom de l'établissement :	
Adresse, Code postale Ville :	

Je soussigné(e) : _____, dont la fonction au sein de l'établissement est _____, certifie que les implants listés dans le tableau ci-dessous, actuellement en dépôt au sein de notre établissement, ont été détruits à la date du _____.

Nom de la société ou de la personne en charge de la destruction : _____

Référence	Numéro de lot	Quantité	Date de péremption	Demande d'échange	
				OUI	NON
				OUI	NON
				OUI	NON
				OUI	NON
				OUI	NON
				OUI	NON
				OUI	NON
				OUI	NON
				OUI	NON
				OUI	NON
				OUI	NON

Signature électronique de l'établissement OU Cachet de l'établissement

**Merci de renvoyer ce formulaire dûment complété à l'adresse suivante France-scasd@smith-nephew.com.
A réception de ce formulaire dûment complété, Smith & Nephew pourra ajuster votre stock de dépôt informatiquement et vous renvoyer du matériel en échange si vous avez coché la case OUI (ci-dessous).**