**Tilkynning eiganda/notanda um atvik**

**vegna lækningatækis**

**Notification for owner/user**

**of incident**

|  |
| --- |
|  |
|  |
| Framleiðandi lækningatækis:(Manufacturer) | Kennitala:(ID number) | Heimilisfang:(Address) | Póstnúmer:(Postnumber) |
|  |       |       |       |
| Seljandilækningatækis: (Seller of device) | Kennitala:(ID number)  | Heimilisfang:(Address) | Póstnúmer:(Postnumber) |
| Heiti lækningatækis:(Name of device) | Tegund:(Model) |  Lota:(Batch) |
|       |       |       |
| Hefur atvik verið tilkynnt framleiðanda?(Has Manufacturer been notified?)       | Dagsetning tilkynningar (Date of notification)       |
|  |
| Lýsing atviks:(Description of incident)  | Dagssetning atviks:(Date of incedent)      |
|       |
| Staður atviks: (Place of incident)(Sjúkrastofnun/heimili/annað) (Institution/home/another)      | Heimilisfang:(Address)      | Póstnúmer:(Postnumber)      |
|  |  |  |
| Tengiliður:(Contact person) | Netfang:(e-mail address) | Sími:(Telephone number) |
|       |       |       |
| Hefur tækið verið sent í athugun:(Has the device been sent for inspection)      | Núverandi staðsetning tækis:(Placement of device now)      |
|  |
|  |  |  |       |  |
|  | Undirskrift tilkynnanda(Signature) |  | Dagsetning(Date) |  |