

FORMULARZ ZGŁOSZENIA DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANEGO KOSMETYKU

DANE OSOBOWE

imię *

nazwisko *

wiek *

adres *

telefon *

DANE PRODUKTU

nazwa produktu *

nr serii *

data ważności *

WYWIAD

data wystąpienia objawów *

czas od aplikacji do wystąpienia objawów *

czy produkt był użyty po raz pierwszy *

czy kiedykolwiek wcześniej były objawy uczuleń (leki, żywność, kosmetyki) *

na co wcześniej było uczulenie *

miejsce aplikacji (np. twarz, inne części ciała) *

OPIS REAKCJI SKÓRNEJ

czas trwania objawów *

czy była konsultacja medyczna *

czy zastosowano leczenie farmakologiczne *

data dokumentu lekarskiego *

Uprzejmie informujemy, że podane we wniosku przez Panią/a dane osobowe będą przetwarzane i administrowane zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.) przez AXXON Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawa 02-867, Baletowa 30 w celu złożenia zgłoszenia działania niepożądanego kosmetyku.

.....

(czytelny podpis)*

*POLA OBOWIĄZKOWE