

## **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 PPFK Profarm Sp. z o.o., ul. Słupska 18, 84-300 Lębork, w celu złożenia zgłoszenia działania niepożądanego kosmetyku.

.....

(czytelny podpis)\*

\*POLA OBOWIĄZKOWE