

Medtronic
17F, Glass Tower, #534,
Teheran-ro, Gangnam-gu,
Seoul, 06181, South

Valiant Navion™ Thoracic Stent Graft System
SAFE-N Limited Warranty Claim Form
Facility Graft Credit

SYNTACTX

의료기관 번호: _____ 의료기관 명칭: _____

환자 성함 : _____

Valiant Navion 제품 시리얼 번호 : _____ Valiant Navion 모델번호: _____

담당 메드트로닉 연락처 : _____

Navion 제품 최초 이식일자	중재술 일자	교체 유형	Valiant Captivia 교체 시, 교체한 시리얼 번호 기재
		<input type="checkbox"/> Valiant Captivia <input type="checkbox"/> 기타	

서명란 : _____

의료기관 대표 자 성함 및 직함:

의료기관 서명 혹은 직인 :

이메일 : _____ 연락처: _____

**영상 촬영, 중재술 또는 치료받은 날로부터 90 일 이내에 해당 양식을 작성하시어, SAFE-N-Reimburse@syntactx.com
이메일로 보내주시기 바랍니다.**

문의사항은 080-775-334 로 전화 혹은 SAFE-N-Reimburse@syntactx.com 이메일로 보내주시기 바랍니다.