

ÅRSRESEPT NIONTIX®

100% medisinsk gass (Medisinsk lystgass)

Fylles ut av person med rekvisisjonsrett for legemidler

KUNDEINFORMASJON

| | | | |
|---------|-------|---------|--|
| Navn | | Kundenr | |
| Adresse | ----- | | |
| Epost | | Telefon | |

REKVIRENT

| | | | |
|-----------|-------|-------------|--|
| Navn | | ID-nr (HPR) | |
| Adresse | ----- | | |
| Avdeling* | | | |
| Epost | | Telefon | |

LEGEMIDDELFORM: GASS

| | | | |
|------|-----------------------------|--|--------------------|
| Navn | Niontix 100% medisinsk gass | | Mengde/tidsperiode |
| | MTnr. 07-4799 | | 12 mnd |

*Der dette er relevant

SIGNATUR REKVIRENT

Dato/signatur

SIGNATUR FARMASØYT (AGA)

Dato/signatur

Ferdig utfylt rekvisisjon returneres AGA AS, Linde Healthcare på hc@no.aga.com.

eller AGA AS, Linde Healthcare, Postboks 13 Nydalen, 0409 Oslo