

ÅRSRESEPT INOmax[®]

100% medisinsk gass (NO i N2)

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	INOmax 100% medisinsk gass	Mengde/tidsperiode
		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