

INSTALLATION / PROLONGATION / REPRISE OXYGÉNOTHÉRAPIE À COURT TERME

Pharmacie :

Numéro d'autorisation AFMPS :

Adresse de facturation :

Tél. : **Fax :**

TVA : **E-mail :**

Nom et prénom patient :

Adresse de livraison : Rue : N° :

Code postal : Lieu :

Tél. : **GSM :**

Type de prestation : installation
 prolongation
 reprise du matériel

Livraison spéciale (*) : OUI NON

Type d'oxygénothérapie : oxygène médicinal gazeux Vivisol (**)
 oxyconcentrateur

Débit L/min. : **Nombre d'heures / jour :** Humidificateur

Accord valable pour : thérapie 1 mois calendrier
 thérapie 2 mois calendrier
 thérapie 3 mois calendrier

Date : / / **Signature :**

(*) Livraison spéciale = commande passée après 15h00 pendant les jours ouvrables / livraison hors des heures d'ouverture (= lundi au vendredi de 8h00 le matin à 17h00 le soir) / livraison non prévue dans le planning Vivisol pour GOX / chaque livraison de GOX < 1,5m³.

(**) Min. 1,5m³ / livraison et selon l'horaire de livraison de Vivisol.