

INSTALLATIE / VERDERZETTING / TERUGNAME ZUURSTOF THERAPIE KORTE TERMIJN

Apotheek :
Vergunningsnummer FAGG :
Facturatieadres :
Tel.: **Fax :**
BTW : **E-mail :**

Naam en voornaam patiënt :
Leveringsadres : Straat : Huisnr. :
Postcode : Plaats :
Tel.: **GSM :**

Type van de prestatie : installatie
 verderzetting
 terugname van het materiaal

Speciale levering (*) : JA NEEN

Type van zuurstoftherapie : gasvormige medicinale zuurstof Vivisol (**)
 zuurstofconcentrator

Debiet L/min. : **Aantal uren / dag :** **Bevochtiger**

Bestelbon geldig voor : 1 kalendermaand therapie
 2 kalendermaanden therapie
 3 kalendermaanden therapie

Datum : / / **Handtekening :**

(*) Speciale levering = elke levering waarvan de bestelling niet ontvangen werd vóór 15.00u binnen de normale werkdag / die niet plaatsheeft binnen de normale werkuren (maandag t/m vrijdag van 8.00u 's morgens tot 17.00u 's avonds) / die niet gebeurt volgens leveringsplan Vivisol voor GOX / elke levering van GOX < 1,5m³.

(**) Min. 1,5m³ / levering en volgens leveringsplan Vivisol.