



C/A FARMACIA OSPEDALIERA

e-mail: richiestegas@ouss.it**MODULO PRESCRIZIONE GAS MEDICALI CON AIC****(Barrare il prodotto scelto)****Ossigeno gassoso**

N_____Bombola di ossigeno 2 L

N_____Bombola di ossigeno 3 L

N_____Bombola di ossigeno 5 L

N_____Bombola di ossigeno 7 L

N_____Bombola di ossigeno 10 L

N_____Bombola di ossigeno 14 L

N_____Bombola di ossigeno 40 L

Ossigeno liquidoN_____Bombola di ossigeno liquido
criogenico C31**Azoto protossido liquido**

N_____Bombola di azoto protossido 7,5 kg

N_____Bombola di azoto protossido 10,5 kg

N_____Bombola di azoto protossido 30 kg

Aria Medicinale F.U

N_____Bombola di aria medicinale 5 L

N_____Bombola di aria medicinale 10 L

N_____Bombola di aria medicinale 40 L

Note varie: _____

BARRARE SE URGENTE

DATA

TIMBRO E FIRMA