

**REKVISISJON NIONTIX<sup>®</sup>**

100%, medisinsk gass, flytende Dinitrogenoksid (Medisinsk lystgass)

**KUNDE**

Navn		Kundenr.	
Adresse		Tlf nr.	

**REKVIRENT**

Navn		ID-nr.	
Adresse		Tlf nr.	

**LEGEMIDDELFORM: GASS**

Navn	NIONTIX 100%, medisinsk gass	Mengde/tidsperiode
	MTnr. 07-4799	12 mnd

**SIGNATUR REKVIRENT**

Dato	
Signatur/Stempel	

Ferdig utfylt rekvisisjon returneres til AGA AS, Linde Healthcare på

**E-post: [healthcare@no.aga.com](mailto:healthcare@no.aga.com) eller faks nr. 23 17 73 10****FOR AGA AS, LINDE HEALTHCARE**

Mottatt og arkivert dato

Godkjent signatur