

RAZON SOCIAL	
C.I.F. / D.N.I.	
NOMBRE COMERCIAL	
DIRECCION FISCAL	
POBLACION	
PROVINCIA	
CODIGO POSTAL	
TELEFONOS	
E-MAIL / WEB	
PERSONA DE CONTACTO	
Nº LICENCIA DE ACTIVIDAD	
FORMA DE PAGO	
DATOS BANCARIOS (IBAN)	ES
NOMBRE Y FIRMA DE FACULTATIVO RESPONSABLE DEL USO DEL OXÍGENO MEDICINAL	SELLO DE LA EMPRESA
PROFESION FACULTATIVA:	
NÚMERO DE COLEGIADO:	
DESCRIPCION DEL PEDIDO:	Botella Oxígeno Medicinal 2 L.
DIRECCIÓN DE ENVIO:	
<p><i>Los gases medicinales tienen la cualificación de medicamento desde la publicación en España del R.D. 1800/2003, derogado por el R.D. 1345/2007, en el que se mantiene dicha condición, por lo que es preceptivo el control total de la trazabilidad del medicamento y de las botellas que lo contienen, en base al punto 29 del anexo VI de las NCF (Normas de Correcta Fabricación de medicamentos). Para garantizar este estricto control de la trazabilidad según la normativa dispuesta en el R.D. 782/2013, artículo 7.1, apartado b), y conforme a lo establecido por la Dirección Técnica del Laboratorio STAG en el procedimiento de verificación de clientes; el firmante de este documento se compromete a facilitar a STAG S.A. los datos mínimos requeridos para el registro en el sistema de control de trazabilidad. STAG S.A. tiene licencia N.º 2367 PS para hacer agrupaciones de productos sanitarios como los equipos de emergencia cardio-respiratoria STAGLIFE; es laboratorio fabricante de oxígeno medicinal gas comprimido con registro NCF N.º 6429E, y es titular de la autorización de comercialización N.º 76970 correspondiente a la especialidad farmacéutica Oxígeno Medicinal Gas STAG, tal y como se puede comprobar en la correspondiente página web de la A.E.M.P.S. Toda la información facilitada será utilizada con el único fin de garantizar la trazabilidad del medicamento y no podrá usada para otros fines sin el consentimiento explícito del responsable del uso del oxígeno medicinal.</i></p>	
<p>*Se recomienda adjuntar los documentos acreditativos disponibles de la información aportada*</p> <p>En _____ a día _____ de _____ del año _____</p>	

NUEVO CLIENTE DE MEDICINA AGENTE: