Pieczątka płatnika (np. urząd gminy,
Jednostka OSP itd.)

Warszawa , 13.06.2024
(miejscowość, data)

……
(pieczątka firmy)

KWESTIONARIUSZ DLA PODMIOTU ZAMAWIAJĄCEGO PRODUKT LECZNICZY *TLEN MEDYCZNY SPAWMET*

W HURTOWNI FARMACETYCZNEJ TEMIS Sp. z o.o.

Prosimy o wskazanie rodzaju podmiotu w tym podanie odpowiednich informacji w tabeli w przypadku zaznaczenia opcji nr 1, nr 2 lub opcji nr 3.

□	**1. Podmiot leczniczy** *(proszę o podanie informacji obok)*	Nr księgi rejestrowej:	……
		REGON 14-znakowy zakładu leczniczego, do którego dostarczany jest gaz medyczny:	……
		REGON 9-znakowy zakładu leczniczego, do którego dostarczany jest gaz medyczny:	……
□	**2. Praktyka zawodowa lekarzy, dentystów, pielęgniarek, położnych** *(proszę o podanie informacji obok)*	Nr księgi rejestrowej:	……
		REGON 9-znakowy podmiotu praktyki zawodowej, do którego dostarczany jest gaz medyczny:	……
□	**3. Inny podmiot niż wymienione wyżej** *(proszę o wypełnienie oświadczenia obok)*	*Prosimy o wskazanie odpowiedniego punktu z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2022 r. w sprawie podmiotów uprawnionych do zakupu produktów leczniczych w hurtowniach farmaceutycznych z późn. zm.(Dz.U. 2022 poz. 852 § 1. pkt. 10 litera c)* *Np. Jednostka OSP / jednostka WOPR / jednostka PSP* …… ……	

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że reprezentowany przeze mnie podmiot uprawniony jest do zakupu w hurtowni farmaceutycznej produktu leczniczego Tlen medyczny SPAWMET zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2022 r. w sprawie podmiotów uprawnionych do zakupu produktów leczniczych w hurtowniach farmaceutycznych z późn. zm. (Dz.U. 2022 poz. 852 § 1. pkt. 10 litera c).

Jan Nowak

……
(imię i nazwisko zamawiającego)

Podpis

……
(podpis zamawiającego)

Warszawa, dnia 13.06.2024

Zlecenie na napełnienie butli tlenem medycznym

Zamawiający	Adres wysyłkowy (odbiorca)	Adresat
Dane jednostki ratowniczej użytkującej butle	Adres z telefonem kontaktowym na jaki mają zostać odesłane nabite butle	„TEMIS" Spółka z o.o. ul. Zakładowa 8 89-620 Chojnice Tel. 52 397 27 79 NIP: 555 210 77 50
Warunki płatności	Płatnik	Nr zamówienia
Np. Przelew z terminem dla jednostek budżetowych lub przedpłata na konto w innych przypadkach	Podać pełne dane płatnika (np. Gmina lub jednostka OSP)	Opcjonalnie jeśli zlecenie ma mieć numer zamówienia (np. nadany w urzędzie gminy)

Nazwa artykułu	J.M.	Ilość	Uwagi
Butla tlen medyczny np. 2.7 L	Szt.	Np. 3	-

Podpis

.....

Pieczątka i podpis

Warszawa, dnia 13.06.2024

……
Dane jednostki ratowniczej
Zlecającej usługę
……...

SPAWMET Sp. z o.o.
ul. Zakładowa 8
89-620 Chojnice

ZEZWOLENIE

Zezwalam firmie SPAWMET Sp. z o.o. z siedzibą w Chojnicach, na napełnienie butli, które są moją własnością zgodnie Rozporządzeniem Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy produkcji i magazynowaniu gazów, napełnianiu zbiorników gazami oraz użytkowaniu i magazynowaniu karbidu z dnia 23 grudnia 2003r. (Dz. U. Z dnia 19 stycznia 2004r.) - rozdział 1, paragraf 8, punkt 2, w którym mowa, że „Niedopuszczalne jest napełnianie zbiornika przenośnego bez zgody właściciela wyrażonej w formie pisemnej".

Ilość sztuk: np. 3 (ilość wysyłanych butli do napełnienia)

Nr fabryczne butli: (numery są wygrawerowane na butlach)
Butla nr 1: 1234567891011
Butla nr 2: 1098765432100
Butla nr 3: 4567891231000
……
……
……..

podpis

……
Podpis i pieczęć