# DOCUMENTACIÓN NECESARIA

# PARA PEDIDOS DE MEDICAMENTOS

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Empresa destinataria** | | |  | | |
| **Número de Licencia de actividad de la empresa destinataria** | | |  | | |
| **Nombre y apellidos del solicitante** | | |  | | |
| **Paciente** | | | Sólo si procede | | |
| **Dirección de envío** | | |  | | |
| **Descripción del pedido** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Nombre y firma de facultativo responsable del uso del oxígeno medicinal** | | | | **Sello de la empresa** | |
|  | | | |  | |
| **Profesión facultativa** |  | **Nº de colegiado//Nº federativo** | | | Cualquier acreditación que capacite al solicitante a utilizar el equipo solicitado |
| *En España, los gases medicinales tienen la cualificación de medicamento desde la publicación del Real Decreto 1800/2003, el 13 de Enero de 2004, siendo desde entonces necesario el control de la trazabilidad del medicamento. Con objeto de garantizar el control de trazabilidad que STAG S.A. como fabricante mantiene conforme a lo dispuesto por su Dirección Técnica en los procedimientos de verificación de clientes, El firmante se compromete a facilitar a STAG S.A. Laboratorio fabricante con nº de reg. 6429E y titular de las especialidades farmacéuticas (oxígeno medicinal gas STAG y oxígeno medicinal líquido STAG, autorizadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios), los datos mínimos requeridos para incluirlos en el registro del sistema de control de trazabilidad de STAG, S.A.* | | | | | |
| A día \_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año\_\_\_\_\_\_\_, en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |

\*Recomendable adjuntar cuantos documentos acreditativos se pueda de la información aportada\*