

IMPRESO DE ALTA/ ACTUALIZACIÓN DE CLIENTES
MEDICINAL

CÓDIGO: 5_002_D2
EDICIÓN: 05
FECHA EDICIÓN: 09/03/2020

stag, s.a.

ac
alcobre, s.a.

stagi
International, F.S.L.

tst-stag, s.a.

RAZON SOCIAL							
C.I.F. / D.N.I.							
NOMBRE COMERCIAL							
DIRECCION FISCAL							
POBLACION							
PROVINCIA / CÓDIGO POSTAL							
FORMA DE PAGO / PÁGINA WEB							
TLF. / E-MAIL (COMPRAS)							
CONTACTOS EN COMPRAS							
TLF. / E-MAIL (FACTURACIÓN)							
CONTACTOS EN FACTURACIÓN							
DATOS BANCARIOS CLIENTE	ES						
DATOS BANCARIOS STAG S.A. (PARA PAGOS POR ANTICIPADO)	ES44	0049	1837	5321	1001	0741	
NOMBRE Y FIRMA DEL FACULTATIVO O RESPONSABLE DEL USO DE LAS BOTELLAS DE OXÍGENO MEDICINAL				SELLO DE LA EMPRESA			
PROFESION FACULTATIVA:							
NÚMERO DE COLEGIADO:							
Nº LICENCIA DE ACTIVIDAD							
DESCRIPCION DEL PEDIDO:							
DIRECCIÓN DE ENVIO:							
<i>Los gases medicinales tienen la cualificación de medicamento desde la publicación en España del R.D. 1800/2003, y 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 la trazabilidad según lo dispuesto 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.</i>							
Se recomienda adjuntar documentos que acrediten la información aportada							
En _____ a día _____ de _____ del año _____							

NUEVO CLIENTE DE PRODUCTOS SANITARIOS Y/O OXÍGENO MEDICINAL DEL AGENTE: