

AANVRAAG FORMULIER / FORMULAIRE DE DEMANDE**VENTAVIS****AANVRAGER / DEMANDEUR**

Instelling / Hôpital _____ Klantnummer / No. de client _____
Afdeling / Département _____ Telefoon/ No. de téléphone _____
Naam contactpersoon / Nom du contact _____ Fax / No. de fax _____
Adres / Adresse _____ E-mail / Adresse e-mail _____
PC en Plaats / Code postal et Localité _____

BENODIGD I-NEB PAKKET / PACKAGE REQUIS Pakket I-Neb Ventavis Basis België / Package I-Neb Ventavis Basis en Belgique**Inhoud pakket / Contenu du package**

Vernevelapparaat /
Appareil nébulisateur

I-Neb AAD

Verneveldisc /
Disque nébulisateur

2.5 mcg Ventavis PL10
5 mcg Ventavis PL10

Toebehoren /
Accessoire

Handset / Appareil
Wasmandje / Petit panier à linge
Adapter / Adaptateur
Netsnoer tbv adapter / Fil électrique pour l'adaptateur
Draagtas / Sac
Foedraal / Récipient
Medicijncupje rood TBM / Coupelle à médicament, rouge TBM
Medicijncupje lila TBM / Coupelle à médicament, mauve TBM
PH daily care kit int. / Kit pour soins quotidiens HP int.
I-Neb handleiding PH / Mode d'emploi PH d'I-Neb

Desinfectiemiddelen /
Désinfectants

Alcohol 70% geketoneerd, fles à 1 liter / Alcool éthoxylé 70%, bouteille d'1 litre
Desinfecteerbakje groot / Bac de désinfection, grand

 Pakket I-Neb Ventavis Consignatie België / Package d'I-Neb Ventavis Consignation en Belgique**Inhoud pakket / Contenu du package**

Vernevelapparaat /
Appareil nébulisateur

I-Neb AAD

Verneveldisc /
Disque nébulisateur

2.5 mcg Ventavis PL10
5 mcg Ventavis PL10

Toebehoren /
Accessoire

Handset / Appareil
Wasmandje / Petit panier à linge
Adapter / Adaptateur
Netsnoer tbv adapter / Fil électrique pour l'adaptateur
Foedraal / Récipient
Medicijncupje rood TBM / Coupelle à médicament, rouge TBM
Medicijncupje lila TBM / Coupelle à médicament, mauve TBM

Desinfectiemiddelen /
Désinfectants

Alcohol 70% geketoneerd, fles à 1 liter / Alcool éthoxylé 70 %, bouteille d'1 litre
Desinfecteerbakje groot / Bac de désinfection, grand

 Uiterste afleverdatum / Date limite de livraison _____ Instructie aan PH-verpleegkundige in ziekenhuis gewenst / Instructions au personnel soignant HP de l'hôpital souhaitées

Handtekening / Signature _____ Datum / Date _____