DECLARACIÓN DE FACULTAD PARA DISPENSAR GASES MEDICINALES

Don/ña *(nombre y apellidos)*: _____

En calidad de *(cargo que ocupe en la empresa, deber ser médico, D.U.E., socorrista u otros profesionales cualificados para la administración de gases medicinales)* : _____

Con número de documento *(1)* : _____

En nombre de la empresa/centro deportivo/institución, etc. *(en adelante CLIENTE)* : _____

_____

Declara que:

- El gas medicinal suministrado por OXIGEN **salud**, que se adquiere para su uso en (*instalaciones del cliente, dirección, etc.)* _____ **será utilizado solamente por personal sanitario cualificado y con conocimientos específicos para el suministro al paciente de dicho medicamento**.
- El uso y administración será bajo **responsabilidad única del cliente**.
- El cliente facilitará a OXIGEN **salud** las autorizaciones o justificantes de las cualificaciones con arreglo a la legislación de distribución de medicamentos, en su caso.

Para que así conste, firma esta declaración.

En _____, a _____ del mes _____ del año _____ .

(Firma y sello)

Nombre y apellidos _____

Empresa (CLIENTE) _____

FP-037.02 Rev.0

[1] *Número de colegiado en caso de médicos y/o enfermeros, número federativo en caso de socorristas, profesores de buceo o titulados. En este apartado es válida cualquier acreditación que capacite al solicitante a utilizar el equipo solicitado (socorristas, etc..), en caso de no estar colegiado, aportar copia del diploma o carnet de socorrista, por ejemplo.*