

Dzienna Karta zapotrzebowań z Klinik Szpitala Uniwersyteckiego na butle z różnymi gazami

Rok.....		Miesiąc.....				Dzień .....											
Lp.	Nazwa Kliniki	Ośr. K. A,B..											Przedstawiciel odbiorcy				
			azot spr. 40 l		azot specj. 5,0 50 l		azot specj.5,0 50 l 200 bar		dwutlenek węgla 40 l		dwutlenek węgla 11l			Hel specj. sprężony czystość 6,0		Acetylen fotometr.	
			dost	zwrot	dost	zwrot	dost	zwrot	dost	zwrot	dost	zwrot		dost	zwrot	dost	zwrot
1	O.K. Hematologii ul.Kopernika 17																
2	O.K..Dermatologii ul.Kopernika 50																
3																	
4																	
5																	
Razem																	

\* ilość jednostek na wykazie może ulec zmianie

Stwierdzam dostawę i zwrot - przedstawiciel firmy

Stwierdzam dostawę i zwrot - przedstawiciel Szpitala Uniwersytecki

.....

.....

Rok..... Miesiąc ..... Dzień .....

\* Ilość jednostek na wykazie może ulec zmianie      \*\* lokalizacja jednostki może ulec zmianie

Stwierdzam dostawę i zwrot - przedstawiciel firmy

---

.....

Dzienna Karta zapotrzebowań z Klinik Szpitala Uniwersyteckiego na butle z różnymi gazami

Rok.....Miesiąc .....Data.....

Lp.	Nazwa Kliniki	Ośr. K. A,B..	Asortyment (typ butli)																Przedstawiciel odbiorcy	
			metan 5,0 10 l		czynnik chłodniczy 417A 12 kg		czynnik chłodniczy 404A 12 kg		czynnik chłodniczy 407C 12 kg		czynnik chłodniczy R134 12 kg		czynnik chłodniczy 410A 12 kg							
			dost	zwro	dost	zwro	dost	zwro	dost	zwro	dost	zwro	dost	zwro	dost	zwro	dost	zwro		
1	Sekcja Klimatyzacji i Ogrzewnictwa, ul. Kopernika 19																			
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
15																				
	Razem																			

\* Ilość jednostek na wykazie może ulec zmianie  
Stwierdzam dostawę i zwrot - przedstawiciel Szpitala Uniwersyteckiego

Stwierdzam dostawę i zwrot - przedstawiciel firmy

.....

.....

Rok..... Miesiąc.....

Lp.	Nazwa Kliniki	Ośr. K. A,B..									Przedstawiciel odbiorcy
			azot spr. 4.0 40 l	azot specj. 5,0 50 l	azot specj.5,0 <b>50 l 200 bar</b>	dwtlenek węgla 40 l	dwtlenek węgla 11 l	Hel specj. sprężony czystość 6,0	Acetylen fotometr.		
			dost   zwrot	dost   zwrot	dost   zwrot	dost   zwrot	dost   zwrot	dost   zwrot	dost   zwrot		
1	Rozdzielnia Budynek GT										
2	Zakład Mikrobiologii D+2										
3	Zakład Diagnostyki  Chematologicznej i Genetyki D+2										
Razem											

Stwierdzam dostawę i zwrot - przedstawiciel Szpitala Uniwersyteckiego

Stwierdzam dostawę i zwrot - przedstawiciel firmy

.....

.....

Rok..... Miesiąc ..... Dzień .....

[illegible]

Stwierdzam dostawę i zwrot - przedstawiciel Szpitala Uniwersyteckiego

Stwierdzam dostawę i zwrot - przedstawiciel firmy

.....

.....

Dzienna Karta zapotrzebowań z Klinik NSSU, ul. Jakubowskiego 2 na butle z różnymi gazami

Rok..... Miesiąc ..... Dzień .....

Lp.	Nazwa Kliniki	Ośr. K. A,B..															Przedstawiciel odbiorcy		
			czynnik chłodniczy 417A 12 kg		czynnik chłodniczy 404A 12 kg		czynnik chłodniczy 407C 12 kg		czynnik chłodniczy R134 12 kg		czynnik chłodniczy 410A 12 kg								
			dost	zwro	dost	zwro	dost	zwro	dost	zwro	dost	zwro	dost	zwro	dost	zwro		dost	zwro
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
16																			
17																			
18																			
Razem																			

\* Ilość jednostek na wykazie może ulec zmianie  
Stwierdzam dostawę i zwrot - przedstawiciel Szpitala Uniwersyteckiego

Stwierdzam dostawę i zwrot - przedstawiciel firmy

.....

.....