

Karta dzienna zapotrzebowań z Klinik Szpitala Uniwersyteckiego na butle i zbiorniki prężośne

Rok.....	Miesiąc .....	Dzień .....															
Lp	Nazwa Kliniki	ośrodek ko. A,B..	Asortyment (typ butli)												tlen ciekły ( zbiorniki )		Przedstawiciel odbiorcy
			T50		T40		T10		T5		T3		T2		900	900	
			dost	zwrot	dost	zwrot	dost	zwrot	dost	zwrot	dost	zwrot	dost	zwrot	dost	zwrot	
1	O.K. Hematologii ul.Kopernika 17																
2	O.K. Endokrynologii ul.Kopernika 17																
3	Zakład Diagnostyki Obrazowej ul.Kopernika 19																
4	O.K.Dermatologii ul.Kopernika 50																
5	* O.K.Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży ul.Kopernika 21 a																
6	O. K. Endokrynologii Ginekologicznej i Ginekologii, ul. Kopernika 23																
7	O. K. Położnictwa i Perinatologii, u. Kopernika 23																
8	O. K. Neonatologii, ul. Kopernika 23																
9	O.K. Okulistyki i Onkologii Okulistycznej ul.Kopernika 38																
10	* O.K.Chorób Wewnętrznych ul. Śniadeckich 10																
11	* Centrum Alergologii Klinicznej i Środowiskowej, ul.Śniadeckich 10																
12	* Medycyna Sportowa, ul. Śniadeckich 10																
13	Poradnia Chorób Immunologicznych i Nadkrzepliwości Krwi, ul. Skawińska 8																
14																	
	Razem																

\* Planowane zmiany lokalizacji

Ilość jednostek na wykazie może ulec zmianie

Stwierdzam dostawę i zwrot - przedstawiciel Szpitala Uniwersyteckiego

Stwierdzam dostawę i zwrot - przedstawiciel firmy

.....

.....

DZIENNA KARTA  
zapotrzebowań z Klinik Szpitala Uniwersyteckiego na butle z zaworem zintegrowanym na tlen medyczny sprężony

Rok ..... Miesiąc .....

Lp.	Nazwa Kliniki	ośrodek ko. A,B..	A s o r t y m e n t (typ butli)							
			Tlen med.spr. 2l. Butle ze zintegrowanym zaworem		Tlen med.spr. 5l. Butle ze zintegrowanym zaworem		Tlen med.spr. 8l. Butle ze zintegrowanym zaworem		Tlen med.spr. 10l. Butle ze zintegrowanym zaworem	
			dost.	zwrot	dost.	zwrot	dost.	zwrot	dost.	zwrot
1	O.K. Endokrynologii ul.Kopernika 17									
2	O. K. Endokrynologii Ginekologicznej i Ginekologii, ul. Kopernika 23									
3	O. K. Położnictwa i Perinatologii, u. Kopernika 23									
4	O. K. Neonatologii, ul. Kopernika 23									
5	O.K. Okulistyki i Onkologii Okulistycznej ul. Kopernika 38									
6										
7										
8										
9										
10										
Razem										

\* Ilość jednostek na wykazie może ulec zmianie

Stwierdzam dostawę i zwrot - przedstawiciel Szpitala Uniwersyteckiego

.....

Stwierdzam dostawę i zwrot - przedstawiciel firmy

Dzień .....

Podpis przedstawiciela odbiorcy

DZIENNA KARTA

zapotrzebowań z Klinik Szpitala Uniwersyteckiego na butle z gazami medycznymi

Rok ..... Miesiąc ..... Dzień .....

Lp.	Nazwa Kliniki	ośrodek ko. A,B..	A s o r t y m e n t (typ butli)															
			Azot ciekły (Dewary)			Tlenek azotu 10 l		Podtlenek azotu 11 l		Podtlenek azotu 40 l		dwutlenek węgla medyczny 11 l.		dwutlenek węgla medyczny 40 l.		Entonox 10l.		Przedstawiciel odbiorcy
			poj	il. dost	kg/zwr	dost.	zwrot	dost.	zwrot	dost.	zwrot	dost.	zwrot	dost.	dost.	dost.	dost.	
1	Pracownia Separacji Krwinek i Bank Komórek Krwiotwórczych, ul. Kopernika 19		150 kg															
			26 kg															
2	O.K. Endokrynologii ul.Kopernika 17																	
3	O.K.Dermatologii ul.Kopernika 50		21,1 kg															
4	Pracownia Diagnostyki Laboratoryjnej, ul. Kopernika 23		60															
5	O. K. Endokrynologii Ginekologicznej i Ginekologii, ul. Kopernika 23																	
6	O. K. Położnictwa i Perinatologii, u. Kopernika 23																	
7	O. K. Neonatologii, ul. Kopernika 23																	
8	Poradnia Leczenia Bólu ul.Śniadeckich 10		26 kg															
9	Pracownia Biochemii Molekularnej ul. Skawińska 8		21,1 kg															
10	P. O. Z. Poradnia Rehabilitacyjna ul. Kopernika 19		26 kg															
			40 kg															
11																		
Razem:																		

\* Ilość jednostek na wykazie może ulec zmianie

Stwierdzam dostawę i zwrot - przedstawiciel Szpitala Uniwersyteckiego

.....

Stwierdzam dostawę i zwrot - przedstawiciel firmy

.....

**Z**

**Dzień** .....

[illegible]

\* Ilość jednostek na wykazie może ulec zmianie  
Stwierdzam dostawę i zwrot - przedstawiciel NSSU  
.....

Stwierdzam dostawę i zwrot - przedstawiciel firmy  
.....

przedmiotu zamówienia  
załącznik nr 11 do umowy

[illegible]





DZIENNA KARTA

zapotrzebowań z Klinik NSSU, ul. Jakubowskiego 2 na butle z gazami medycznymi

Rok ..... Miesiąc ..... Dzień .....

Lp.	Nazwa Kliniki	ośrodek A,B..	Asortyment (typ butli)															
			Azot ciekły (Dewary)			Tlenek azotu 10 l		Podtlenek azotu 11 l		Podtlenek azotu 40 l		dwutlenek węgla medyczny 11 l.		dwutlenek węgla medyczny 40 l.		Entonox 10l.		Przedstawiciel odbiorcy
			poj	il. dost	kg	dost.	zwrot	dost.	zwrot	dost.	zwrot	dost.	zwrot	dost.	dost.	dost.	dost.	
1	Rozdzielnia Ogólna Budynek T																	
2	Zakład Endoskopii - B+2																	
3	Zakład Mikrobiologii D+2																	
4	Zakład Diagnostyki Chematologicznej i Genetyki D+2																	
5	Pracownia Neuropatologii (Zkład Diagnostyki Patomorfologicznej) D-1		11,5 kg															
			26 kg															
6	Szpitalny Oddział Ratunkowy F+1																	
7	Centralny Blok Operacyjny F+3																	
8	O. Kardiologii, Elektr.Interw. oraz Nadc. Tętniczego - G 0																	
9	O. K. Neurochirurgii i Neurotraumatologii G+5																	
10	O. K. Urologii i Urologii Onkologicznej H+1		21,1 kg															
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
Razem:																		

\* Ilość jednostek na wykazie może ulec zmianie

Stwierdzam dostawę i zwrot - przedstawiciel Szpitala Uniwersyteckiego

Stwierdzam dostawę i zwrot - przedstawiciel firmy

.....

.....