



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA  
SOCIAL

Seleccione la fecha

FORMULARIO DE ENTREGA DE MUESTRAS

Página 1 de 1

Nombre del Oferente: \_\_\_\_\_

Renglón No.	Código	Descripción	Unidad de medida	Muestra Entregada <sup>1</sup>	Observaciones <sup>2</sup>

Firma \_\_\_\_\_

Sello

(Persona o personas autorizadas a firmar en nombre del Oferente)

\_\_\_\_\_