



SERVICIO REGIONAL DE SALUD

METROPOLITANO

Servicio Nacional de Salud
Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral



Santo Domingo, D. N.
6/08/2025

A

: Dra. Mabel Jones
Director Hospital Dr. Robert Reid Cabral

Su Despacho.

Vía

: Lic. Gisel Diaz
Administradora Hospital Dr. Robert Reid Cabral



Asunto

: Solicitud de Medicamento.

Anexo

: Formulario de Requisición.

Cortésmente, me dirijo a ustedes con la finalidad de solicitar medicamentos para ser usados en las diferentes áreas del hospital. Para su conocimiento y fines de lugar.

Atentamente,

Licda. Lucia Hernández
Encargada de Farmacia



República Dominicana

SERVICIO NACIONAL DE SALUD

HOSPITAL DR. ROBERT REID CABRAL

Telefonos: 809-533-8672

Fax: 809-535-0069

URGENTE

NORMAL

6/8/2025

REQUISICION DE COMPRA

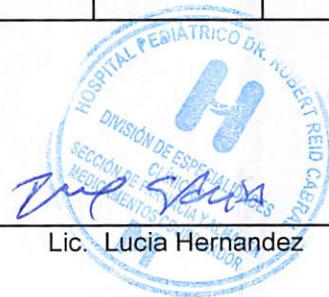
AREA SOLICITANTE: _____ ALMACEN DE MEDICAMENTOS _____

RESPONSABLE: _____ Lucia Hernandez _____

Departamento

CODIGO	DESCRIPCION	PRESENTACION	STOCK	CANTIDAD	CASAS PROVEEDORES		
			PACTADO	SOLICITADA			
	NEOBAC CREMA	TUBO	0	500			

Original: Contabilidad
 1era. Copia: Area Solicitante
 2da. Copia: MISPAS



Lic. Lucia Hernandez