

Santo Domingo, D.N.-
30/07/2025.-

A : **Dra. Mabel Jones**
Directora Hospital Robert Reid Cabral
Su Despacho.

Vía : **Licda. Gisel Díaz**
Administradora.

Asunto : **Solicitud de Medicamento.**

Anexo : **Formulario de Requisición.-**

Cortésmente, me dirijo a ustedes con la finalidad de solicitar la compra de lo anexado en la requisición, para ser usado en pacientes de este centro de salud, Para su conocimiento y fines de lugar.

Atentamente,

Licda. Lucía Hernández
Encargada de farmacia.



Republica Dominicana
SERVICIO NACIONAL DE SALUD
HOSPITAL DR. ROBERT REID CABRAL
TEL: 809-533-8672

30/07/2025

FICHA TECNICA

AREA SOLICITANTE:

FARMACIA

DEPARTAMENTO:

FARMACIA

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	DESCRIPCION
	ZAVICEFTA (CEFTAZIDIMA 2G/ AVIBACTAM 0,5G) FRASCO	10	



Ave. Abraham Lincoln esq. Ave. Independencia No. 2 Centro de los Heroes, D.N Rep.Dom
Tel 809-5331111-Ext 2002
RNC: 4-3004107-6