

Santo Domingo, D. N.

01/09/2025

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

Vía : **Lic. Gisel Díaz**  
Administradora Hosp. 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. Lucía Hernández**  
Encargada de Farmacia.

*Lucía Hernández*  
4.9.25



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

FECHA: 01-09-2025

### FICHA TECNICA

**DEPARTAMENTO:**

Farmacia

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	DESCRIPCION
	CEFTAZIDIMA MAS AVIBACTAN	20	AMPOLLA

**Licda. Lucia Hernandez**  
Encargada de Farmacia