

Santo Domingo, D.N.-
30/09/2025.-

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.





30/09/2025

FICHA TECNICA

AREA SOLICITANTE:

FARMACIA

DEPARTAMENTO:

FARMACIA

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	DESCRIPCION
	CASPOFUNGINA 50MG (CANCIDAS) VIAL	5	

DL
Licda. LUCÍA HERNANDEZ
ENC. DE FARMACIA

Yeny Ramirez

