

Santo Domingo, D.N.-  
27/10/2025.-

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

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

**Asunto** : **Solicitud**

**Anexo** : **Formulario de Requisición.-**

Por medio de la presente, le solicitamos la compra de lo anexado en la requisición anexa, para ser utilizado en pacientes de este centro de salud.-

Sin otro particular, se despide,

Atentamente,

**Licda. Adamaris Reyes**  
Encargada de Almacén

**FICHA TECNICA**

**DEPARTAMENTO:**

Almacen

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	DESCRIPCION
	CATETER HD 10FR X10CM, DOBLE LUMEN	1	UNIDAD
	PRISMASATE BGK 2/0(2 K, 0 CA)	5	UNIDAD
	PRISMASATE BGK 0/3.5 ( 0K, 3.5 CA)	6	UNIDAD
	PRISMAFLEX ST 150 SET	1	UNIDAD
	PRISMAFLEX 5L EFFLUENT BAG	1	UNIDAD
	SERVICIO DE RENTA EQUIPO PRISMAFLEX	2	UNIDAD



Licda. Adamaris Reyes  
 Encargada de Almacén

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

