SNCC.F.056

HOSPITAL CENTRAL DE LAS FUERZAS ARMADAS

No. EXPEDIENTE
HOSPITAL CENTRAL FFA-DAF-CM-2025-0132

FORMULARIO DE ENTREGA DE MUESTRAS

Nombre del Oferente:

fecha

Renglón No.	Código	Descripción	Unidad de medida	Muestra Entregada[1]	Observaciones[2]

Firma_____

Sello (Persona o personas autorizadas a firmar en nombre del Oferente)

[1]Marcar con una x.
[2]Uso exclusivo de la1 Entidad Contratante.

DISTRIBUCIÓN Y COPIAS
Original 1 – Expediente de Compras
Copia 1 – Agregar Destino