

Santo Domingo, D.N.-  
04/12/2025.-

**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 paciente de este centro de salud.-

Sin otro particular, se despide,

Atentamente,

**Licda. Adamaris Reyes**  
Encargada de Almacén

*Gisela*  
17-12-25

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

FECHA: 04-12-2025

FICHA TECNICA

DEPARTAMENTO:

Almacen

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	DESCRIPCION
	PRISMAFLEX 5L EFFLUENT BAG	2	UNIDAD
	SERVICIO DE RENTA EQUIPO PRIXMAFLEX	1	UNIDAD
	PRISMAFLEX ST 100 SET	6	UNIDAD
	PRISMASATE BGK 0/3.5 ( 0K, 3.5 CA)	2	UNIDAD
	PRISMASATE BGK 2/0 ( 2K, 0 CA)	6	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