

Santo Domingo, D.N.-  
06/03/2026.-

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

**Vía** : Licda. Gisel Díaz  
Administradora

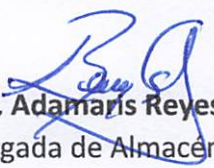
**Asunto** : Solicitud de Compra

**Anexo** : Formulario de Requisición. -

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

Sin otro particular, se despide,

Atentamente,

  
Licda. Adamaris Reyes  
Encargada de Almacén

*guller*  
11.3.24



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

FECHA: 06-03-2026

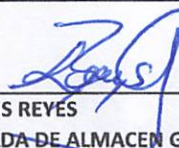
### REQUISICION DE COMPRA

AREA SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ **ALMACEN DE MEDICAMENTOS**

RESPONSABLE: \_\_\_\_\_ **ADAMARIS REYES**

### DEPARTAMENTO

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	PRESENTACION
1	LAPIZ DE ELECTROCAUTERIO CON SUCCION	50	UNIDAD
1	CHCHIHUITA 12 X 75 MM BETAMIX	50	UNIDAD

  
\_\_\_\_\_  
**ADAMARIS REYES**  
**ENCARGADA DE ALMACEN GENERAL**