

Santo Domingo, D.N.-
13/03/2026.-

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

Vía : **Licda. Gisel Díaz**
Administradora


Asunto : **Solicitud de Medicamentos**

Anexo : **Formulario de Requisición. -**

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

Sin otro particular, se despide,

Atentamente,


Licda. Altagracia Díaz
Encargada de Farmacia

D/O
Yeny Ramirez

Yeny Ramirez
17.3.26



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

FECHA: 13/03/2026

REQUISICION DE COMPRA

AREA SOLICITANTE: ALMACEN DE MEDICAMENTOS

RESPONSABLE: Licda. Altagracia Diaz

DEPARTAMENTO

CODIGO	DESCRIPCION	PRESENTACION	CANTIDAD SOLICITADA
	CEFEPIME 1GR	FRASCO	500

D/O
Licda. Altagracia Diaz
Encargada de Farmacia

Jenny Ramirez