

Santo Domingo, D.N.-
12/03/2026.-

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


Vía : Licda. Gisel Díaz
Administradora.

Asunto : Solicitud de Medicamento.

Anexo : Formulario de Requisición.-

Cortésmente, me dirijo a ustedes con la finalidad de solicitar la compra de lo anexado en la requisición, para ser usado en pacientes de este centro de salud, Para su conocimiento y fines de lugar.

Atentamente,


Licda. Altagracia Díaz
Encargada de farmacia.

12/03/2026

FICHA TECNICA

AREA SOLICITANTE:

FARMACIA

DEPARTAMENTO:

FARMACIA

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	DESCRIPCION
	ECALTA (ANIDULAFUNGINA) 100MG UND AMP POLVO P/ INFUSION IV	5	

D/D
Licda. Altigracia Diaz
ENC. DE FARMACIA

Yenny Ramirez

