

Santo Domingo, D.N.-
11/03/2026.-

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

Vía : **Licda. Gisel Díaz**
Administradora.

Asunto : **Solicitud**

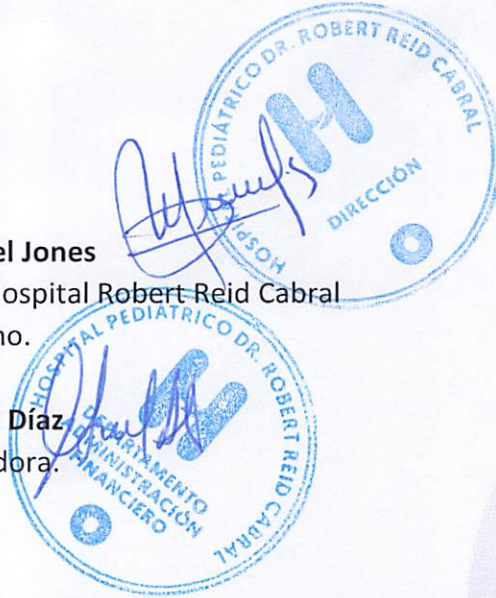
Anexo : **Formulario de Requisición.-**

Por medio de la presente, le solicitamos la compra de equipos odontológicos para ser utilizado en paciente de uci de este centro de salud.-

Sin otro particular, se despide,

Atentamente,

Licda. Adamaris Reyes
Encargada de Almacén



*Quedado
12.3.26*

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

FECHA: 11-3-2026

FICHA TECNICA

DEPARTAMENTO:

Almacen

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	DESCRIPCION
	SOL. MIXTA 0.45% 1000ML	1000	UNIDAD

