

Santo Domingo, D.N.-  
11/02/2026.-

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

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

**Asunto** : **Solicitud de Compra.**

Por medio de la presente, le solicitamos la compra de nebulizadores para ser utilizado en diferentes salas de internamiento de este centro de salud.

Atentamente,

**Dr. Luis de León**  
Coordinador Médico





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

FECHA: 11-02-2026

### FICHA TECNICA

AREA SOLICITANTE:

### DEPARTAMENTO:

CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	DESCRIPCION
	NEBULIZADOR PULMO AIDE MARACA DEVILBISS 5650D	10	

  
DR. LUIS DE LEÓN  
COORDINADOR MEDICO  
HOSPITAL PEDIÁTRICO DR. ROBERT REID CABRAL  
COORDINACIÓN  
MÉDICA  
ADMINISTRATIVA  
**M**



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