

Santo Domingo, D. N.
25/08/2023

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

Vía : **Lic. Yolanda Melgen**
Administradora Hosp. Dr. Robert Reid Cabral

Asunto : **Solicitud de Medicamento.**

Anexo : **Formulario de Requisición.**

Cortésmente, me dirijo a ustedes con la finalidad de solicitar medicamentos para ser usados en las diferentes áreas del hospital. Para su conocimiento y fines de lugar.





República Dominicana

SERVICIO NACIONAL DE SALUD

HOSPITAL DR. ROBERT REID CABRAL

Telefonos: 809-533-8672

Fax: 809-535-0069

URGENTE
 NORMAL
25/8/2023

REQUISICION DE COMPRA

AREA SOLICITANTE: _____

ALMACEN DE MEDICAMENTOS

RESPONSABLE: Lucia Hernandez

Departamento

CODIGO	DESCRIPCION	PRESENTACION		STOCK PACTADO	CANTIDAD SOLICITADA		CASAS PROVEEDORES
		FRASCO	VIAL		0	13	
	VORICONAZOL 200 MG VIAL			0	13		

1era. Copi

2da. Copia: MISPAS

Dr. Ricardo Hernandez
Lucia Hernandez
25/8/23



República Dominicana

SERVICIO NACIONAL DE SALUD

HOSPITAL DR. ROBERT REID CABRAL

Telefonos: 809-533-8672

Fax: 809-535-0069

URGENTE

NORMAL

25/8/2023

AREA SOLICITANTE: _____

RESPONSABLE: Lucia Hernandez

REQUISICION DE COMPRA

ALMACEN DE MEDICAMENTOS

Departamento

CODIGO	DESCRIPCION	STOCK		CANTIDAD		CASAS PROVEEDORES
		PACTADO	SOLICITADA	SOLICITADA		
	VORICONAZOL 200 MG VIAL	0	20			

Original: Contabilidad

1era. Copia: MISPAS

2da. Copia: MISPAS

