



Nombre del Capítulo y/o dependencia gubernamental

Seleccione la fecha

FORMULARIO DE ENTREGA DE MUESTRAS

Página 1 de 1

Nombre del Oferente: CLINIMED, SRL.

Renglón No.	Código	Descripción	Unidad de medida	Muestra Entregada ¹	Observaciones ²
	51131602	CEFTRIAZONA PARA INYECTABLE 1G	VIAL	X	

Firma

Sello

(Persona o personas autorizadas a firmar en nombre del Oferente)

¹Marcar con una x.²Uso exclusivo de la Entidad Contratante.DISTRIBUCIÓN Y COPIAS
Original 1 – Expediente de Compras
Copia 1 – Agregar Destino