CENTRO
CARDIONEURO OFTALMOLÓGICO
Y TRASPLANTE (CECANOT)

ALMACÉN DE
MEDICAMENTOS

## *REQUERIMIENTO DE COMPRAS*

**Dpto. Solicitante :** **FARMACIA**

**Pedido No.** AMD -0101

**Fecha:** 04/03/2021

| ÍTEMS | DESCRIPCIÓN | INV. | MEDIDA | CANTIDAD SOLICITADA | NOTA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Chichiguitas 1" x 3" Ref. 30-060 | 0 | UNIDAD | 240 | |
| 2 | Chichiguitas 1" x 3" Ref. 30-059 | 0 | UNIDAD | 400 | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Observaciones: **Requerimiento de compra para abastecimiento de la Unidad de Farmacia, Quirofanos y Covid-19 ( A & B)**

**Solicitado por:** _____

Encargado de Área: Nombre y Sello

CENTRO CARDIO-NEURO OFTALMOLÓGICO Y TRASPLANTE CECANOT ALMACÉN DE MEDICAMENTOS

**Autorizado por:** Lic. Sirla Altagracia Zayas

Encargado de Área : Nombre y Sello

RECIBIDO
COMPRAS
CECANOT
Fecha: 04/03/2021
Hora: 9:45 am
Firma: _____

SNS
SERVICIO REGIONAL DE SALUD
METROPOLITANO
SRS