

CECANOT

Fecha:

Hora:\_ Firma: 00/03/2021

11:15am

## ALMACÉN DE MEDICAMENTOS

## REQUERIMIENTO DE COMPRAS

Dpto. Solicitante : FARMACIA			Fecha:	08/03/2021		
ÍTEMS	DESCRIPCIÓN	INV.	MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	NOTA	
1	T-P GOTA 15 ML	0	UNIDAD	460		
2	PONTI GOTA 10 ML	111	UNIDAD	460		
					*	
Observaciones:  Requerimiento de compra para abastecimiento de la Unidad de Farmacia Y Quirofanos						
	NOTA: Solicitar a proveedor el estudio de seguridad y eficacia del medicamento					
Solicitado por:	ALL DOOR WELL					
	Encargado de Área: Nombre y Sello					
Autorizado por:	Les Sie a Cellagraie a Lugy Encargado de Área: Nombre y Sello					
RECIBIDO						

