



**SERVICIO NACIONAL DE SALUD**  
**CENTRO CARDIO-NEURO OFTALMOLÓGICO Y TRASPLANTE**  
CIUDAD SANITARIA DR. LUIS E. AYBAR  
**REQUERIMIENTO DE COMPRAS**



Dpto. Solicitante : ALMACÉN DE MEDICAMENTOS

Pedido No. AMD -0056

Fecha: 09/02/2021

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	INV.	MEDIDA	CANTIDAD SOLICITADA	NOTA
1	STERRAD CASSETTE /100S CAJA 25 - CICLO	0	CAJAS	7	
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					

Observaciones: Requerimiento para el Abastecimiento de Unidad de FARMACIA y QUIROFANO

Solicitado por:

Encargado de Área: Nombre y Sello

Autorizado por:

Encargado de Área : Nombre y Sello

