CENTRO
CARDIONEURO OFTALMOLÓGICO
Y TRASPLANTE (CECANOT)

ALMACÉN DE
MEDICAMENTOS

REQUERIMIENTO DE COMPRAS

Pedido No. AMD -00104

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: [signature]

Encargado de Área: Nombre y Sello

CENTRO CARDIO-NEURO OFTALMOLOGICO Y TRASPLANTE CECANOT ALMACEN DE MEDICAMENTOS

Autorizado por: [signature]

Encargado de Área : Nombre y Sello

RECIBIDO
COMPRAS
CECANOT
Fecha: 08/03/2021
Hora: 11:15am
Firma: [signature]

SM SERVICIO REGIONAL DE SALUD METROPOLITANO SRS