

Santo Domingo Norte
3 de enero del 2022

A: Lic. Daniel Reyes
Gerente de almacén de farmacia

CC: Dr. Héctor López
Subdirector médico

Via: Dr. Guimel González
Coordinador quirófanos

Asunto: Solicitud de gasa tipo almohada


Distinguido Dr.:

Después de un cordial saludo, me dirijo a usted con la finalidad de solicitar gasas tipo almohada que cumplan con la condición para poder realizar gasas compresas en este centro.

Siguiendo la recomendación de forma y cantidad del gerente de lavandería, el Lic. Medrano.

Agradezco de antemano

Atentamente.


Dr. Guimel González
Coordinador Quirófanos

Vdo. José Manuel Veliz Peralta
04/01/2022



Santo domingo Norte

04/01/2022

A: **Lic. Daniel Torres**
Gerente de almacén de farmacia

Asunto: **Solicitud de gasa tipo almohada**

Distinguido sr

Después de un cordial saludo, me dirijo a usted con la finalidad de solicitar gasas tipo almohada tamaño 20 purgadas de ancho X 36 purgadas de largo para poder realizar la fabricación de las compresas que utilizamos en los quirófanos

Agradezco de antemano

Atentamente

Amable Medrano Rivas
Encargado de Lavandería



RNC - 4-30-09135-9

ALMACEN ADMINISTRATIVO DE FARMACIA 5TA,

SOLICITADO POR

QUIROFANOS

FECHA 4-ene-22

Original Compra**Primera Copia Presupuesto**

Segunda copia Solicitante

SOLICITADO POR

AUTORIZADO POR:

RECIBIDO POR:



Santo Domingo Norte, R.D.
04 de enero de 2022.-

A : **Dr. Julio Landrón**
Director General

Asunto : **Solicitud de Autorización**



Por medio de la presente, tengo a bien saludarle y al mismo tiempo solicitarle su aprobación para proceder a comprar los siguientes insumos para ser utilizados por los quirófanos.

- **600 PAQ GASA TIPO ALMOHADA 20X36 YARDAS**

Atentamente,

Lic. Rosanne Medina

Sub-Directora Financiera y Administrativa