

11/8/2020

Santo Domingo Norte, R.D.  
15 de agosto de 2022.-

**Al** : **Dr. Julio Cesar 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 Almacén de Farmacia:

- 14 Caja/100 – Metronidazol infusión 500mg solución inyectable 100ml IV.
- 80 Caja/100 – Metamizol sódica 1gr/2ml ampolla inyectable IM/IV.

Según documentación anexa.

Atentamente,

**Lic. Rosanne Medina**  
Sub-Directora Financiera y Administrativa

