



Primera Copia Presupuesto
Segunda copia Solicitante
ALMACEN DE FARMACIA
RECIBO:
FECHA:
SOLICITADO POR

[illegible]

GERENCI: _____
SOLICITADO POR _____

REPUBLICA DOMINICANA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
COMPLEJO HOSPITALARIO DR EVANGELINA RODRIGUEZ PEROZO
HOSPITAL TRAUMATOLOGICO "DR. NEY ARIAS LORA"
SANTO DOMINGO NORTE, Rep. Dom.
Tel. 809-590-3838 y 809-590-4040
RNC - 4-30-09135-9



11-oct-21 FECHA