

Santo Domingo Norte, R.D.
25 de octubre de 2021.-

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 quirófano de la 3era, 4ta planta y emergencia.

- **16 CAJA/240 CEPILLO QUIRURGICO GLUCONATO DE CLORHEXIDINA 4% (CEPILLO + ESPONJA)**

Atentamente,


Lic. Rosanne Medina



Sub-Directora Financiera y Administrativa