

nom: _____
 cognom: _____
 SERVICI GENERAL DE FARMACIA
OTORGADO
 H. DE NEUROLÒGIA
 HOSPITAL TRAGUADUCCI



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:

- **Reactivos para Equipo CS.**

Según documentación anexa.

Atentamente,


Lic. Rosanne Medina
Sub-Directora Financiera y Administrativa

