UADY
FACULTAD DE MEDICINA

SOLICITUD DE REAPROVISIONAMIENTO

Material de laboratorio consumo en:

Nombre del responsable del área:

FECHA: PERIODO A CUBRIR:

CANTIDAD	**UNIDAD**	**DESCRIPCION DEL ARTICULO** (Caracterìsticas del producto solicitado)	Para uso interno del àrea de adquisiciones			
			Nombre de proveedor	**Criterio de selección**		Fecha de surtido
				Tiempo de entrega	Precio	