UADY
FACULTAD DE MEDICINA

SOLICITUD DE REAPROVISIONAMIENTO

Nombre del Laboratorio:
Responsable del Laboratorio:

Fecha: Período a cubrir:

Cantidad Solicitada	Unidad Caja/pza.	Descripción del artículo (Características del producto solicitado)	Para uso interno del área de adquisiciones	
			Proveedor	Cantidad entregada

Solicitó

Nombre:

Vo. Bo.
Responsable de laboratorio

Nombre:

Firma de conformidad con el material recibido

Nombre:

Observaciones: (para uso exclusivo del área de adquisiciones)

F-FMED-AAL-01/REV: 02