|  |
| --- |
| Orden de compra |
|  |
| Lugar, Fecha |
|  |
| **Nombre del proveedor**  P r e s e n t e |
|  |
| **Número de documento: UIS-18-XXXXX** |
|  |
| Por este medio solicito que se realicen al paciente Nombre del sujeto los siguientes estudios: |
|  |
| * Nombre del estudio. |
|  |
| Sin otro particular por el momento, |
|  |
| Atentamente, |
|  |
|  |
|  |
| **Nombre de la persona que solicita** |
| Puesto |