|  |  |
| --- | --- |
| Orden de compra para hospital | |
|  | |
| Lugar, Fecha | |
|  | |
| **Nombre del proveedor**  P r e s e n t e | |
|  | |
| **Código** | Código. |
| **Título** | **Título**. |
|  | |
| Por este medio solicito que atención para: | |
|  | |
| * Nombre del sujeto. | |
|  | |
| La atención que se solicita incluye los siguientes servicios: | |
|  | |
|  | |
| La atención que se solicita tiene las siguientes restricciones: | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
| Atentamente, | |
|  | |
|  | |
|  | |
| **Nombre de la persona que solicita** | |
| Puesto | |