|  |  |
| --- | --- |
| Orden de compra para hospital | |
|  | |
| , 2022-04-22 | |
|  | |
| **Proveedor**  P r e s e n t e | |
|  | |
| **Código** | . |
| **Título** | . |
|  | |
| Por este medio solicito que atención para: | |
|  | |
| * Sujeto 1. | |
| * Sujeto 2. | |
|  | |
| La atención que se solicita incluye los siguientes servicios: | |
| * Servicio 1 | |
| * Servicio 2 | |
|  | |
| La atención que se solicita tiene las siguientes restricciones: | |
| * Restriccion 1 | |
| * Restriccion 2 | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
| Atentamente, | |
|  | |
|  | |
|  | |
| **Solicitante ddddd** | |
| Puesto solicitante dddd | |