|  |  |
| --- | --- |
| Orden de compra para hospital | |
|  | |
| ${lugar}, ${fecha} | |
|  | |
| **${proveedor}**  P r e s e n t e | |
|  | |
| **Código** | ${codigo}. |
| **Título** | **${titulo}**. |
|  | |
| Por este medio solicito que atención para: | |
|  | |
| * ${nombreSujeto}. | |
|  | |
| La atención que se solicita incluye los siguientes servicios: | |
| * ${servicio} | |
|  | |
| La atención que se solicita tiene las siguientes restricciones: | |
| * ${restriccion} | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
| Atentamente, | |
|  | |
|  | |
|  | |
| **${nombreSolicitante}** | |
| ${puesto} | |