**SUB DIRECCION (según corresponda)**

**DEPTO. (según corresponda)**

**UNIDAD (según corresponda)**

M E M O R A N D U M N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_/

MAT.: Solicitud de compra SERVICIOS CLÍNICOS, según se indica

SANTA CRUZ, Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.

**DE: (nombre)**

(CARGO)

**A: (Nombre)**

(Cargo)

Mediante el presente instrumento, solicito la adquisición de lo siguiente según detalle:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la compra:** |  | | | |
| **Código Plan Anual de Compras (PAC):** |  | | | |
| **Nombre de Proveedor:** |  | | | |
| **Antecedentes que se adjuntan:** | Listado de pacientes / oros | | |  |
| Pre factura (si corresponde) | | |  |
| Otros | | |  |
| **Referente técnico:** | Nombre | |  | |
| Unidad | |  | |
| Correo | |  | |
| Anexo / Fono | |  | |
| **Indicar tipo de presupuesto:** | Institucional |  | | |
| Programa |  | | |
| Proyecto |  | | |
| Otro |  | | |
| **Monto de Orden de Compra:** |  | | | |
| **Justificación técnica de la necesidad:** |  | | | |

Sin otro particular, le saluda atte.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** |  | **Nombre** |
| Cargo |  | V°B° y Autorización |
| Departamento |  | Subdirección Administrativa |
| HOSPITAL DE SANTA CRUZ |  | HOSPITAL DE SANTA CRUZ |

Distribución:

* Depto. de Abastecimiento
* **“Según corresponda”**

**NOTAS:**

1. La presente solicitud no exime de la remisión de los antecedentes que dan cuenta de la necesidad, así como de pertinencia y justificación de la adquisición solicitada.
2. Según sea el caso, se reserva el derecho de rechazar los procesos de compras que se remitan para las adjudicaciones respectivas, si en dichos procesos no se han respetado los formatos estándar entregados, tales como solicitudes de compra, TTRR o bases de licitación.