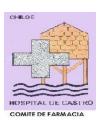


FORMULARIO N° 5



SOLICITUD DE AMPLIACIÓN DE MEDICAMENTO EN EL ARSENAL FARMACOLÓGICO

SERVICIO SOLICITANTE		FECHA SOLICITUD	
1. ANTECEDENTES DEL MEI	DICAMENTO:		
a) NOMBRE GENÉRICO			
b) INDICACIONES SOLICIT	ADAS:		
1. 2. 3. 4.			
2. N° DE PACIENTES ESTIMAI	DO MENSUAL:		
3. ESQUEMA TERAPÉUTICO_			
4. COSTO MENSUAL:			
5. CORREO ELECTRÓNICO DE	L SOLICITANTE:		
MEDICO SOLICITANTE	-	Vº Bº JEFE	E DE SERVICIO
	COMITÉ DE FA		
ADQUIRIR RECHAZAR		MODALIDAD COMPRA SUGERIDA LICITACIÓN	
FECHA RECEPCIÓN REQUERIMIENTO	CENABAST		
/ /	COMPRA DIRECTA		V°B° COMITÉ DE FARMACIA