

PROGRAMA DE MEDICAMENTOS ENSENCIALES/ CENTRAL DE APOYO LOGÍSTICO



promesecal-daf-cm-2021-0043

**No. EXPEDIENTE**

**SNCC.F.056**

formulario de entrega de muestras

Página **1** de **1**

**Nombre del Oferente:**

Fecha:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No**. | **Código** | **Descripción** | **Unidad** **medida** | **Muestra Entregada[[1]](#footnote-1)** | **Observaciones[[2]](#footnote-2)** |
| 1 | N/A |  |  |  |  |

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sello

1. Marcar con una x. [↑](#footnote-ref-1)
2. Uso exclusivo de la Entidad Contratante. [↑](#footnote-ref-2)