

ÁREA BIOMÉDICA  
SOLICITUD DE ADQUISICIÓN O RENOVACIÓN  
DE EQUIPO O TECNOLOGÍA MÉDICA.

FECHA: / /

HORA: :

DEPARTAMENTO / ÁREA SOLICITANTE:

Atención a: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_

DESCRIPCION DE EQUIPO O TECNOLOGIA MEDICA SOLIICTADA

DATOS DE EQUIPO

Tipo de equipo: \_\_\_\_\_

Cantidad: \_\_\_\_\_

Marca (s), (OPCIONAL): \_\_\_\_\_

Modelo(s), (OPCIONAL): \_\_\_\_\_

NECESIDAD:

adquisición ( )

sustitución :

baja de equipo ( )

equipo obsoleto ( )

JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD:

Nombre y firma del solicitante

Evaluación de necesidad:

Autorizado ( )

No autorizado ( )

Condiciones/observaciones:

Firma de autorización de la solicitud: