PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE CIDADANIA, ASSISTÊNCIA E INCLUSÃO SOCIAL

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS

CAMPINAS, _____ DE _____ DE _____.

PARA:

_____

SOLICITAMOS A VENDA DOS SEGUINTES ITENS:

MEDICAMENTOS:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

OUTROS:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

ATENCIOSAMENTE

ASSINATURA:

FO432/SET/02/SMCAiS - ALTERADO 05/05 - 2 VIAS - 1ª VIA FARMÁCIA - 2ª VIA ARQUIVO - FORMATO A5 (148 X 210) - CÓD. MATERIAL: 28877