



SOLICITUD DE MEDICAMENTOS Y OTRO MATERIAL DE PRIMEROS AUXILIOS.	
Apellidos y nombre del peticionario:	
Teléfono de contacto:	
Unidad (<i>Departamento, Centro, Instituto, Servicio</i>):	
Edificio	Campus:
Lugar de trabajo (laboratorio, taller, despacho, etc):	
Código GIS:	
Datos identificativos para entrega de reposición, si son diferentes a ubicación botiquín:	

Fecha pedido:

Num. Pedido.(uso S.P.R.L.)

Poner una X donde proceda:

Pomada quemaduras (***)	
Suero fisiológico 10 ml, 5 Unidades	
Bolsa de frío instantáneo, 1 Unidad	
Gluconato de calcio suero (*)	
Gluconato de calcio pomada (**)	

Enviar a servicio.medico@umh.es

(*) (**) Solo en caso de existencia de ácido fluorhídrico en el laboratorio.

(***)Solo para laboratorios

