

PETICIÓN DE KIT AMPUTACION

Unidad (*Departamento, Centro, Instituto o Servicio*):

Apellidos, nombre y cargo del peticionario:

Fecha petición:

Ubicación prevista (Campus; edificio, lugar de trabajo):

Código GIS ubicación:

Dirección de envío si es diferente a la de prevista Ubicación

BOLSAS AUTOCIERRE 1 grande / 1 pequeña	
SUERO FISIOLÓGICO 250 ML	
GASAS 2 Paquetes	
GASA GRANDE 1	
GUANTES LATEX 1 par	
GUANTES VINILO 1 par	

Observaciones:

Enviar a servicio.medico@umh.es

