Fecha: N° de pedido (\*):

Dependencia:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Bien/es de Consumo Solicitado/s** |  |  |
| **Descripción** | **Cantidad** | **Presentación\*\*** | **Observaciones** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Nombre y apellido del funcionario autorizado a retirar:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Firma del solicitante Nombre:CI | Firma del autorizadoNombre:CI | Firma del Superior inmediato Nombre:CI |

Nota:

(\*) a completar por el DAYS

|  |
| --- |
|  |
|  |