



REDESTINACION DE BIENES

DE:

PARA:

NOMBRE DE EQUIPO O BIEN	
DESCRIPCIÓN	
NÚMERO DE INVENTARIO	
SERVICIO CLÍNICO QUE PERTENECE	
SERVICIO CLÍNICO DESTINADO	
FECHA REDESTINACIÓN	

.....
NOMBRE Y FIRMA ENTREGA

.....
NOMBRE Y FIRMA RECIBE