



INGRESO DE BIENES AL ESTABLECIMIENTO

DE:
PARA:

NOMBRE DE EQUIPO O BIEN	
FECHA RECEPCIÓN	
DESCRIPCIÓN	
DOCUMENTO ADJUNTO	
SERVICIO CLÍNICO DESTINADO	
PROPIO /ARRIENDO/COMODATO /PRESTAMO/DONACION	
FECHA INICIO DE FUNCIONAMIENTO SEGÚN CORRESPONDA	

.....
NOMBRE Y FIRMA ENTREGA

NOMBRE Y FIRMA RECIBE