



# COOPERATIVA DE SERVICIOS MULTIPLES DE LA ZONA FRANCA INDUSTRIAL DE LAS AMERICAS, INC. (COOPZOAMERICA)

## SOLICITUD ORDEN DE COMPRA FARMACIA

DISTRITO: \_\_\_\_\_

Mediante la presente, y haciendo uso del derecho que me confiere el Art. 2 del Reglamento de Farmacia que rige en COOPZOAMERICA, solicito la emisión de una Orden de Compra de Farmacia para la adquisición de Medicamentos y/o Leche Infantil, y autorizo a descontar vía nómina el monto real consumido de la Orden de Compra que me sea emitida.

### INFORMACIONES RELATIVAS A LA ORDEN DE COMPRA

NOMBRE DE LA FARMACIA \_\_\_\_\_

VALOR ORDEN: RD\$ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

\*\*\*DESCONTAR EN: \_\_\_\_\_ CUOTAS: SEMANAL ( \_\_\_\_\_ ) QUINCENAL ( \_\_\_\_\_ ) BIMENSUAL ( \_\_\_\_\_ ) MENSUAL ( \_\_\_\_\_ )

\*La Orden de Compra se descontará en las cuotas solicitadas, siempre y cuando no exceda la cantidad de cuotas estipuladas en Reglamento de Farmacia.

### DATOS GENERALES DEL SOCIO:

NOMBRE (S) \_\_\_\_\_

APELLIDO (S) \_\_\_\_\_

CODIGO DE EMPLEADO \_\_\_\_\_ CEDULA No. \_\_\_\_\_

DIRECCION: CALLE \_\_\_\_\_ CASA No. \_\_\_\_\_

SECTOR \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_ TELEFONO DE UN FAMILIAR \_\_\_\_\_

POSICION \_\_\_\_\_ SALARIO MENSUAL: RD\$ \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOCIO

\_\_\_\_\_  
FIRMA COORDINADOR Y SELLO CIA

### PARA USO INTERNO DE LA COOPERATIVA

PRESTAMO No. \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_

PROCESADO POR \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_

AUTORIZADO POR \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_