

NOTA INTERIOR

DE:

A: DIRECCIÓN DE RÉGIMEN ECONÓMICO Y PRESUPUESTARIO
SUBDIRECCIÓN DE LOGÍSTICA Y SUMINISTROS

Nº Ref:

FECHA

ASUNTO: SOLICITUD DE MODIFICACIÓN DEL CATÁLOGO DE MODELAJE

Por la presente nuestro Servicio solicita, con el visto bueno de su Dirección, se realicen los trámites para la modificación del Catalogo de Modelaje.

DENOMINACIÓN DEL MODELO	<input type="checkbox"/>	MODELO DE DOCUMENTACIÓN GENERAL	<input type="checkbox"/>
MODELO DE HISTORIAS CLÍNICAS	<input type="checkbox"/>		
ALTA <input type="checkbox"/>	BAJA <input type="checkbox"/>	MODIFICACIÓN <input type="checkbox"/>	SUSTITUCIÓN (INDICAR MODELO A ELIMINAR) <input type="checkbox"/>

1. A RELLENAR EN LA SOLICITUD PARA ALTA / MODIFICACIÓN DE MODELAJE

BREVE DESCRIPCIÓN DE LA FUNCIONALIDAD DEL MODELO

CARACTERÍSTICAS B5 A4 A3 1 CARA 2 CARAS

EN CASO DE REUNIR OTRAS CARACTERÍSTICAS, ESPECIFICAR:

CONSUMO INMEDIATO (No almacenable) <input type="checkbox"/>	CONSUMO PERIÓDICO (Almacenable) <input type="checkbox"/>	CONSUMO ESTIMADO ANUAL
SERVICIOS DESTINATARIOS: GENERAL <input type="checkbox"/>	ESPECÍFICO <input type="checkbox"/>	
ESPECIFICAR SERVICIOS		

2. A RELLENAR EN LA SOLICITUD EN TODOS LOS CASOS

SE ADJUNTA MODELO SE ADJUNTA DISEÑO DEL MODELO SE ADJUNTA INFORME DESCRIPTIVO URGENTE¹

EL SOLICITANTE (NOMBRE Y APELLIDOS Y FIRMA)

APROBACIÓN DEL DIRECTOR (NOMBRE Y APELLIDOS: Y FIRMA)

4. A COMPLETAR POR LA AUTORIDAD COMPETENTE

COMISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS (en su caso)

FECHA

GERENTE DEL ÁREA DE SALUD

FECHA

5. A COMPLETAR POR SUBDIRECCIÓN DE SUMINISTROS

FECHA COMUNICACIÓN A
PETICIONARIO

EN SU CASO, FECHA ENVÍO
PRUEBA DE IMPRESIÓN

EN SU CASO, FECHA VALIDACIÓN
PRUEBA DE IMPRESIÓN

¹ EN CASO DE URGENCIA ADJUNTAR INFORME MOTIVANDO LA URGENCIA