



SERVICIO REGIONAL DE SALUD
METROPOLITANO

Santo Domingo, D. N.
14 de abril del año 2021



[Handwritten signature]
Licda. Norma Gabriela Hernández
Coordinadora Administrativa-Financiera interina.

Asunto : **Autorización a iniciar proceso comparación de Precio.**

Distinguidos Señores:

Después de saludarles muy cortésmente, por medio de la presente le autorizamos a dar inicio al proceso de comparación de precio por concepto de compras de **PARA LA COMPRA DE MATERIALES ODONTOLÓGICOS PARA SER UTILIZADOS EN LOS DIFERENTES CENTROS DE SALUD PERTENECIENTES A ESTE SRSM.**

Según solicitud del Departamento de Coordinación de Odontología del SRSM.

Sin otro particular por el momento, se despide.

Atentamente,

[Handwritten signature]
Dr. Edisson Rafael Feliz Feliz

Director Servicio Regional de Salud Metropolitano



Dr. Delgado 304, Gascue. Sto. Dgo, D.N., R.D.
Tel. 809-221-2332 | direccion.srsm@gmail.com
RNC. 430039446

