



Empresa Pública Hospital de Poniente
CONSEJERÍA DE SALUD

SOLICITUD DE ADQUISICIÓN
Biblioteca

Área:

Fecha:

Datos del solicitante

Nombre y apellidos :

E-mail:

Teléfono:

Datos de la publicación

Título:

Autor/es:

ISBN:

Edición:

Motivo de la suscripción / adquisición

Necesaria para el trabajo diario en el Servicio

Observaciones / Biblioteca

Fdo.: Director/a de Área