



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**