



HOSPITAL DEL NIÑO

Dr. José Renán Esquivel

Teléfono: 512 9813 | Fax: 512 9830

www.hn.sld.pa | Apartado postal: 0816-00383

PANAMÁ, AVE. BALBOA, CALLE 34

**SECCION DE TRANSPORTE
FORMULARIO DE SOLICITUD DE TRANSPORTE**

Departamento solicitante: _____ Fecha: _____ Extensión: _____

Destino: _____ No. de pasajeros: _____

Fecha de la misión: _____ Hora solicitada: _____ Hora de Retorno: _____

Fuera del área: Si _____ No _____

Descripción de la Misión Oficial:

Nombre de las personas que viajan:

(Firma de la Unidad Solicitante)

Firma jefe de Transporte Roxana de Díaz

PARA USO DE LA SECCIÓN DE TRANSPORTE

Fecha: _____ Conductor: _____ Vehículo: _____

Placa: _____ Salvoconducto: Si _____ No _____

Uso de Corredor Si _____ No _____ C. Sur _____ C. Norte _____ Costo _____

Ida Kilometraje Inicial: _____ Kilometraje Final: _____

Hora de salida: _____ Hora de Llegada: _____

Vuelta Kilometraje Inicial: _____ Kilometraje Final: _____

Hora de salida: _____ Hora de Llegada: _____

Observaciones: _____
