



Servicio de Prevención de Riesgos Laborales

SOLICITUD REPOSICIÓN DE BOTIQUÍN.

Centro de Trabajo	Departamento/Servicio
Persona Responsable	Teléfono
e-mail	Fecha

Solicito envío de :		
Botiquín completo	Reposición completa	Reposición parcial (marcar en la tabla)

Contenido botiquín	cantidad
Agua Oxigenada	
Alcohol	
Esparadrapo	
Gasas	
Algodón	
Guantes desechables	
Pinzas	
Tijeras	
Tiritas	
Vendas	
Yodo	
Suero fisiológico	