



Hospital de alta complejidad "El Cruce" S.A.M.I.C.  
Av. Calchaquí 5401  
CUIT: 30-71084735-1  
IVA: Exento  
Tel. 011- 42107109 int: 1258 Fax

compras@hospitalelcruce.org

Ejercicio: 2010

Pag.:1 /1

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**  
**CONTRATACION DIRECTA**  
**3 - 0080 - 2010**  
Tipo Número Año

Expediente:  
Emisión: 06/08/2010  
P.P.: 808

PRESENTACIÓN DE OFERTAS: **DÍA WEDNESDAY , 11 DE AUGUST DE 2010 HORA: 11:00**

Valor del Pliego:

ASUNTO: **Farmacia**

SEÑOR PROVEEDOR: Solicitamos cotizar los siguientes requerimientos, respetando el orden de los renglones/items con sello y firma de la Empresa. El precio deberá ser expresado en PESOS e incluir IVA, revistiendo el Hospital de alta complejidad El Cruce S.A.M.I.C., el carácter de Consumidor Final.

1	Renglón 1	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°	1 SOLUCIÓN FISIOLÓGICA 0.9 % SACHET X 100 ML (12084)	4000	UNIDAD.	
Detalle: Sin más Detalle.-				
2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°	1 SOLUCIÓN FISIOLÓGICA 0.9 % SACHET X 250 ML (12093)	3000	UNIDAD.	
Detalle: Sin más Detalle.-				
3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°	1 SOLUCIÓN FISIOLÓGICA 0.9 % SACHET X 500 ML (12081)	9000	UNIDAD.	
Detalle: Sin más Detalle.-				

Condiciones de Contratación:

- 
- Plazo de entrega: Inmediata 5 días hábiles
- Forma de pago: 30 días fecha de presentación de factura.
- Lugar de entrega: Farmacia, Avenida Calchaquí 5401 de L. a V. de 9 a 13 hs.
- Este establecimiento no se hará cargo por gastos adicionales.
- Facturar de acuerdo a Orden de Compra.
- Los códigos detallados de los renglones deberán figurar en Remito y Factura.
- Los pagos correspondientes se efectuarán por medio de la Tesorería del Hospital sitio Avenida Calchaquí 5401.

Observaciones:

\_\_\_\_\_  
Confeccionó

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello