



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 - 0070 - 2010
Tipo Número Año

Expediente: 2915-1606/2010

Emisión: 17/07/2010

P.P.: 707

PRESENTACIÓN DE OFERTAS: **DÍA WEDNESDAY , 28 DE JULY DE 2010 HORA: 11:00**

Valor del Pliego:

ASUNTO: **Mantenimiento**

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 Unico	Cantidad	Presentación	Precio Unif.
Item Nº	1 NITROGENO LIQUIDO (43511)	2200	LITROS	

Detalle: *Nitrogeno liquido para Criopreservación.*

A entregar en el servicio del hospital a demanda del consumo real.

Entregado en termotanques portatiles de 148 Litros de capacidad cada uno, de baja presión.

Periodo de cobertura :

01 - Julio - 10 hasta 31 - Diciembre - 10

Condiciones de Contratación:

-

Plazo de entrega: A requerimiento del Hospital.

Forma de pago: 30 días fecha de presentación de factura.

Lugar de entrega: Area de Mantenimiento, 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