



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 /2

PEDIDO DE COTIZACIÓN
LICITACION PRIVADA
4 - 0039 - 2010
Tipo Número Año

Expediente: 2915-1565-2010
Emisión: 26/05/2010
P.P.: 540

PRESENTACIÓN DE OFERTAS: **DÍA VIERNES , 18 DE JUNIO 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 Nº	1 LENTE INTRAOCULAR EXTRACAPSULAR CAMARA ANTERIOR PMMA- (43356) 6 MM DIAMETRO	15	UNIDAD.	

Detalle: Sin más Detalle.-

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item Nº	1 LENTE INTRAOCULAR EXTRACAPSULAR CAMARA POSTERIOR PMMA- (43355) 6.5 MM DIAMETRO	15	UNIDAD.	

Detalle: Sin más Detalle.-

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item Nº	1 LENTE INTRAOCULAR FACOEMULSIFICACION PLEGABLES- 6 MM (43358) DIAMETRO	250	UNIDAD.	

Detalle: Acrílico hidrofílico/fóbico - 6 mm de diametro, monopieza c/ inyector

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item Nº	1 LENTE INTRAOCULAR FACOEMULSIFICACION RIGIDAS PMMA- 5.5 MM (43357) DIAMETRO	20	UNIDAD.	

Detalle: Sin más Detalle.-

Condiciones de Contratación:

-

Plazo de entrega: A requerimientos del hospital. La adjudicataria deberá proveer el banco de lentes según lo detallado en pedido de cotización. Semanalmente se irá reponiendo el banco en función de las lentes utilizadas.

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.

Transporte...

Confeccionó

Lugar y Fecha

Firma y Sello



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.:2 /2

PEDIDO DE COTIZACIÓN		
LICITACION PRIVADA		
4	- 0039	- 2010
Tipo	Número	Año

Expediente: 2915-1565-2010

Emisión: 26/05/2010

P.P.: 540

PRESENTACIÓN DE OFERTAS: **DÍA VIERNES , 18 DE JUNIO 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.

Transporte...

Pag.:2/2

Ejercicio: 2010

Observaciones:

Confeccionó

Lugar y Fecha

Firma y Sello