



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 - 0041 - 2010
Tipo Número Año

Expediente: 2915-1567-2010

Emisión: 26/05/2010

P.P.: 529

PRESENTACIÓN DE OFERTAS: **DÍA MARTES , 22 DE JUNIO DE 2010 HORA: 09:00**

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 Unif.
Item N°	1 CUCHILLETE 15° DE ACERO ANTIDESLUMBRANTE (43352)	120	UNIDAD.	
Detalle: Sin más Detalle.-				
2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unif.
Item N°	1 CUCHILLETE 2.85 MM O 3.2 MM DE ACERO ANTIDESLUMBRANTE (43353)	120	UNIDAD.	
Detalle: Sin más Detalle.-				
3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unif.
Item N°	1 CUCHILLETE CRESCENT DE ACERO ANTIDESLUMBRANTE (43354)	120	UNIDAD.	
Detalle: Sin más Detalle.-				
4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unif.
Item N°	1 SUSTANCIA VISCOELASTICA LIVIANA (HIDROMETILPROPILOCELULOSA 2% X 2 ML) (43361)	120	UNIDAD.	
Detalle: Sin más Detalle.-				
5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unif.
Item N°	1 SUSTANCIA VISCOELASTICA PESADA (HIALURONATO DE SODIO 3% X 0.85 ML) (43360)	120	UNIDAD.	

Detalle: Sin más Detalle.-

Condiciones de Contratación:

-
- Plazo de entrega: 40 % Inmediata, 30 % a los 2 meses y 30 % restante a los 4 meses
- 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	- 0041	- 2010
Tipo	Número	Año

Expediente: 2915-1567-2010

Emisión: 26/05/2010

P.P.: 529

PRESENTACIÓN DE OFERTAS: **DÍA MARTES , 22 DE JUNIO DE 2010 HORA: 09:00**

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