



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
LICITACION PRIVADA
4 - 0050 - 2010
Tipo Número Año

Expediente: 2915/1600/2010
Emisión: 06/07/2010
P.P.: 684

PRESENTACIÓN DE OFERTAS: **DÍA LUNES , 26 DE JULIO 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 OXIGENADOR ADULTO C/TUBULADURAS (14062)	60	UNIDAD.	

Detalle: Oxigenadores con o sin filtro arterial incorporado al sistema del oxigenador, con circuito para recirculación. Tubuladuras para bomba y mesa, con conectores correspondientes.

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unif.
Item N°	1 SET CARDIOPLEGIA NORMOTERMICA SANGUINEA (14060)	60	UNIDAD.	

Detalle: Sin más Detalle.-

Condiciones de Contratación:

-
- Plazo de entrega: 50 % Inmediata y 50 % a los 60 días.
- 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