



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 - 0053 - 2010**  
Tipo Número Año

Expediente: 2915-1618/2010  
Emisión: 05/08/2010  
P.P.: 759

PRESENTACIÓN DE OFERTAS: **DÍA JUEVES , 26 DE AGOSTO DE 2010 HORA: 12:00**

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 CEFEPIME 2000 MG FRASCO AMPOLLA (12531)	1000	UNIDAD.	
Detalle: Sin más Detalle.-				
2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unif.
Item N°	1 PIPERACILINA - TAZOBACTAM 4000/500 MG FRASCO AMPOLLA (12262)	3000	UNIDAD.	
Detalle: Sin más Detalle.-				
3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unif.
Item N°	1 ONDANSETRÓN 8 MG AMPOLLA (12249)	1000	UNIDAD.	
Detalle: Sin más Detalle.-				
4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unif.
Item N°	1 SOLUCION FISIOLÓGICA INYECTABLE X 5 ML (12082)	90000	UNIDAD.	
Detalle: Ampolla de vidrio transparente con rótulo en color blanco				
5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unif.
Item N°	1 AGUA DESTILADA AMPOLLA (12010)	60000	UNIDAD.	
Detalle: Ampolla de vidrio transparente con rótulo en color rojo o naranja				

Condiciones de Contratación:

- 
- Plazo de entrega: 50 % Inmediata y 50 % a los 2 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.

Observaciones:

\_\_\_\_\_  
Confeccionó

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

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