



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 - 0057 - 2010
Tipo Número Año

Expediente: 2915-1632/2010

Emisión: 17/08/2010

P.P.: 828

PRESENTACIÓN DE OFERTAS: **DÍA MIÉRCOLES , 01 DE SEPTIEMBRE 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 VÁLVULA CARDÍACA MECÁNICA AÓRTICA (42324)	10	UNIDAD.	

Detalle: *Válvula cardíaca mecánica, bivalva, para posición aórtica. Se solicita como entrega inmediata un juego completo con la totalidad de las medidas, más un set de colocadores y medidores. Con reposición inmediata en función del uso hasta completar la orden de compra.*

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item Nº	1 VÁLVULA CARDÍACA MECÁNICA MITRAL (42317)	5	UNIDAD.	

Detalle: *Válvula cardíaca mecánica, bivalva, para posición mitral. Se solicita como entrega inmediata un juego completo con la totalidad de las medidas, más un set de colocadores y medidores. Con reposición inmediata en función del uso hasta completar la orden de compra.*

Condiciones de Contratación:

-
- Plazo de entrega: Se solicita como entrega inmediata un juego completo con la totalidad de las medidas, mas un set de probadores y medidores. Con reposicion inmediata en funcion del uso hasta completar la orden de compra. La misma debe ser cumplimentada antes del 31 de Diciembre.
- Forma de pago: 30 días fecha de presentación de factura.
- Lugar de entrega: Farmacia, Avenida Calchaqui 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 Calchaqui 5401.

Observaciones:

Confeccionó

Lugar y Fecha

Firma y Sello