



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 PUBLICA
8 - 0016 - 2010
Tipo Número Año

Expediente: 2915-1602/2010

Emisión: 12/07/2010

P.P.: 716

PRESENTACIÓN DE OFERTAS: **DÍA JUEVES , 12 DE AGOSTO DE 2010 HORA: 09:00**

Valor del Pliego:

ASUNTO: **Farmacia-Contrastes Radiologicos**

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 IOVERSOL 320 X 50 ML (12457)	1500	UNIDAD.	
Detalle: Sin más Detalle.-				
2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unif.
Item N°	1 IOVERSOL 320 X 100 ML (12458)	400	UNIDAD.	
Detalle: Sin más Detalle.-				
3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unif.
Item N°	1 IOVERSOL 320 JGA X 125 ML (12536)	1500	UNIDAD.	
Detalle: Sin más Detalle.-				
4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unif.
Item N°	1 IOTALAMATO DE MEGLUMINA 17.2% X 250 ML T/CYSTO CONRAY II (39907)	100	UNIDAD.	
Detalle: Sin más Detalle.-				

Condiciones de Contratación:

-
Plazo de entrega: 40 % en forma inmediata, 30 % a los 2 meses y el 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.

Observaciones:

Confeccionó

Lugar y Fecha

Firma y Sello