



Hospital El Cruce
NÉSTOR CARLOS KIRCHNER
SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL PARA LA COMUNIDAD
HOSPITAL EL CRUCE
 1 - Florencio Varela - Av. Calchaqui 5401
 C.U.I.T.: 30710847351
 IVA: Exento compras@hospitalelcruce.org

Ejercicio **2024**

Pag. : 1 / 1

PEDIDO DE COTIZACIÓN	
Contratacion Directa	
2024-Cont-000011	2024
Número	Año

Expediente 2915-015696/2024

Emission 17/01/2024

P. P. : 2024-00000033

PRESENTACION DE OFERTAS MARTES 23 DE ENERO DEL 2024

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

HORA 09:00

Detalle: Productos médicos

Valor del Pliego **0,00**

Comentarios:

SEÑOR PROVEEDOR: Solicitamos cotizar los siguientes requerimientos, respetando el orden de los renglones/items con sello y firma de la Empresa. El precio debera ser expresado en PESOS e incluir IVA, revistiendo el Hospital de alta complejidad El Cruce S.A.M.I.C., el caracter de IVA Exento.

1	Renglón 1	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SISTEMA DE DERIVACION VENTRICULO/PERITONEAL ADULTO DE REGULACION EXTERNA	4	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones: Sistema de derivación ventrículo/peritoneal adulto con regulación externa. Con regulador.

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SISTEMA DE DERIVACION VENTRICULO/PERITONEAL PEDIATRICO DE REGULACION EXTERNA	1	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones: Small/Bajo perfil con reservorio

Condiciones de Contratacion:

Forma de Pago: 7 dias fecha presentacion de factura fecha de presentacion de factura.

Lugar de Entrega: Farmacia. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de Farmacia, Avenida Calchaqui 5401 de 8 a 13.

Este establecimiento no se hará cargo por gastos adicionales.

Factura de acuerdo a Orden de Compra.

Los pagos correspondientes se efectuarán por medio de la Tesorería del Hospital sitio Avenida Calchaqui 5401.

Confeccionó

Lugar y Fecha

Firma y Sello