



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 **2020**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 1 / 2

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2020-Cont-000007

2020

Número

Año

Expediente 2915-010211/2020

Emision 31/01/2020

P. P. : 2020-00000051

PRESENTACION DE OFERTAS **MIERCOLES 05 DE FEBRERO DEL 2020**

HORA 12:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Valor del Pliego **0,00**

Detalle:

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	GUANTES QUIRURGICOS LIBRE DE LATEX N° 6,5	2000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones: Guantes Quirúrgicos Estéroles N° 6.5, descartables, anatómicos, hipoalergénicos, estériles y atóxicos. Confeccionados en nitrilo/neopreno. Con caña larga con ajuste uniforme en toda su extensión y con un largo que deberá superar el puño del camisolín.

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CAMISOLIN IMPERMEABLE C/PUÑO TALLE M	500	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones: Camisolín descartable no estéril confeccionado con tela no tejida SMS impermeable uso médico de 50g/cm2 de 1.20/1.30 metros de longitud. Las mangas presentan un puño doble dealgodón de 10cm. Consta, en la parte de atrás, de 4 tiras de ajuste. reforzado en pechera y brazos, sin costuras frontales

Condiciones de Contratacion:

Forma de Pago: 30 dias fecha de presentacion de factura.

Confeccionó

Lugar y Fecha

Firma y Sello



Hospital El Cruce
NÉSTOR CARLOS KIRCHNER

SERVICIO DE ATENCIÓN MEDICA INTEGRAL PARA LA COMUNIDAD

HOSPITAL EL CRUCE

1 - Florencio Varela - Av. Calchaqui 5401

C.U.I.T.: 30710847351

IVA: Exento

compras@hospitalelcruce.org

Ejercicio **2020**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 2 / 2

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2020-Cont-000007

2020

Número

Año

Expediente 2915-010211/2020

Emission 31/01/2020

P. P. : 2020-00000051

PRESENTACION DE OFERTAS **MIERCOLES 05 DE FEBRERO DEL 2020**

HORA 12:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Valor del Pliego **0,00**

Detalle:

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.

Lugar de Entrega: FARMACIA . Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de FARMACIA , Avenida Calchaqui 5401 de 8 A 14 HS.

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