



**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 / 1

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2020-Cont-000010**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-010231/2020

Emission 03/02/2020

P. P. : 2020-00000097

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 12 DE FEBRERO DEL 2020**

**HORA 09:00**

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	VALVULA DE AHMED P/GLAUCOMA	3	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

-3 unidades de Válvula de Ahmed modelo FP7

PACIENTES: Aquino Noguera Diana, Gomez Mario y Escobar Eduardo

**Condiciones de Contratacion:**

Forma de Pago: 30 dias 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 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