



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 **2018**

Pag. : 1 / 1

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2018-Cont-000110

2018

Número

Año

Expediente 2915-009010/2018

Emision 13/09/2018

P. P. : 2018-00000888

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 21 DE SETIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Dir. de Gestión de Pacientes en Red**

HORA 10:00

Detalle: PTE GARCIA MARCELO

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	TORNILLO PERCUTANEO	1	Unidad	

Plazo de Entrega: A confirmar, según fecha de cirugía

Observaciones:

TORNILLOS PERCUTANEOS PARA 3 NIVELES

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SEPARADOR INTERSOMATICO LUMBAR	2	Unidad	

Plazo de Entrega: A confirmar, según fecha de cirugía

Observaciones:

2 Cajas intersomaticas tipo tlif

Condiciones de Contratacion:

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

Lugar de Entrega: ESTERILIZACION . Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de ESTERILIZACION , Avenida Calchaqui 5401 de 8 A 19 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.

Confecionó

Lugar y Fecha

Firma y Sello