



**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 **2019**

SGC\_ABAS\_FO\_01

Pag. : 1 / 1

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2019-Cont-000013**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-009434/2019

Emision 04/02/2019

P. P. : 2019-00000047

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 14 DE FEBRERO DEL 2019**

**HORA 11:00**

ASUNTO **Área de Gestión de Pacientes**

Detalle: Pte Granado Patricia

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	SET DE PROTESIS TOTAL DE CADERA NO CEMENTADA	1	Unidad	

**Plazo de Entrega:** A confirmar, según fecha de cirugía

**Observaciones:** 1 PROTESIS TOTAL DE CADERA NO CEMENTADA EN AMBOS COMPONENTES , FIJACION METAFISIARIA, CABEZA 36, SUP CERAMICA POLIETILENO CROSS LINKED  
1 HEMOSUCTOR  
1 IOBAN ,HEMOSUCTOR  
TECNICO EN QUIROFANO

Condiciones de Contratacion:

Forma de Pago: 30 dias 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.

\_\_\_\_\_

Confeccionó

\_\_\_\_\_

Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_

Firma y Sello