



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-000013

2024

Número

Año

Expediente 2915-015697/2023

Emission 18/01/2024

P. P. : 2024-00000058

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 23 DE ENERO DEL 2024**

HORA 11:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle: Medicamentos

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 | DEXTROSA 5 % SACHET X 100 ML | 5000 | Unidad | |

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Sistema cerrado con 2 sitios de inyeccion que cumpla con la Disp. 11857/17 de ANMAT

| 2 | Renglón 2 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | DEXTROSA 5 % SACHET X 250 ML | 4000 | Unidad | |

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Sistema cerrado con 2 sitios de inyeccion que cumpla con la Disp. 11857/17 de ANMAT

| 3 | Renglón 3 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | DEXTROSA 5 % SACHET X 500 ML | 5000 | Unidad | |

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: Sistema cerrado con 2 sitios de inyeccion que cumpla con la Disp. 11857/17 de ANMAT

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