



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-000136

2018

Número

Año

Expediente 2915-009091/2018

Emission 18/10/2018

P. P. : 2018-00001034

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 26 DE OCTUBRE DEL 2018**

ASUNTO **Área de Gestión de Pacientes**

HORA 10:00

Detalle: PTE BIGLIERI MONICA LILIANA

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	PRÓTESIS PARA REVISIÓN	1	Unidad	

Plazo de Entrega: A confirmar, según fecha de cirugía

Observaciones: PROTESIS DE CADERA NO CEMENTADA DE FIJACION DISTAL, COTILO MULTIPERFORADO, SUPERFICIE CERAMICA POLIETILENO

* OPCIONAL CEMENTADA CON DOS DOSIS DE CEMENTO

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 08 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