



Hospital El Cruce
NÉSTOR CARLOS KIRCHNER

SERVICIO DE ATENCIÓN MEDICA 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 / 2

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2019-Cont-000159

2019

Número

Año

Expediente 2915-009966/2019

Emision 17/10/2019

P. P. : 2019-00001054

PRESENTACION DE OFERTAS **MIERCOLES 30 DE OCTUBRE DEL 2019**

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	CLIP DE TITANIO MEDIUM/LARGE -CARTUCHO-	300	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones: Clip de titanio tamaño medium largo, tipo LT 300 (cartucho)

Con la compra de los mismos se solicita, en caracter de comodato, 11 clipadoras medium large (5 clipadoras a cielo abierto y 6 clipadoras laparoscópicas)

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CLIP DE TITANIO SMALL -CARTUCHO-	400	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones: Clip de titanio tamaño small, tipo LT 100 (cartucho)

Con la compra de los mismos se solicita, en caracter de comodato, 7 clipadoras small

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.

Confeccionó

Lugar y Fecha

Firma y Sello



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. : 2 / 2

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2019-Cont-000159

2019

Número

Año

Expediente 2915-009966/2019

Emision 17/10/2019

P. P. : 2019-00001054

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 30 DE OCTUBRE DEL 2019**

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.

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