



**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 **2021**

Pag. : 1 / 1

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2021-Cont-000196**

**2021**

Número

Año

Expediente 2915-012296/2021

Emision 01/12/2021

P. P. : 2021-00001514

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 06 DE DICIEMBRE DEL 2021**

**HORA 11:00**

ASUNTO **Área de Gestión de Pacientes**

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	TRASLADO SANITARIO AÉREO (AVIÓN)	5000	Kilómetro	

**Plazo de Entrega:** 100% A requerimiento

**Observaciones:**

Características técnicas mínimas del Avión Jet:

Tipo Learjet o similar prestación (700 km/h aprox.).

La capacidad puede ser menor a 8 (ocho) pasajeros, pero deberá asegurar capacidad mínima para 6 (seis) (6) pasajeros.

Se deberá indicar tipo de avión y características del mismo.

Es excluyente una velocidad promedio de 700 km/hora como mínimo

Condiciones de Contratacion:

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

Lugar de Entrega: Gestion de Pacientes. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de Gestion de Pacientes, Avenida Calchaqui 5401 de 24.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