



**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 **2020**

Pag. : 1 / 1

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2020-Cont-000039**

**2020**

Número

Año

Expediente 2915-010410/2020

Emission 13/04/2020

P. P. : 2020-00000409

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 16 DE ABRIL DEL 2020**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Área de Gestión de Pacientes**

Detalle: HOLLMAN NICOLAS DNI 47230789

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	SISTEMA DE CORRECCION DE COLUMNA VERTEBRAL	1	Unidad	

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

**Observaciones:** 1 SISTEMA DE CORRECCIÓN DE ESCOLIOSIS POR VIA POSTERIOR EN TITANIO, OPCION DE BARRAS DE CROMO COBALTO, GANCHERA COMPLETA, SISTEMA DE CORRECCION POR GRIFADO CORONAL, DERROTACION DE BARRA Y VERTEBRAL, TORNILLOS POLIAXIALES Y MONOAXIALES, PARA 10 NIVELES.  
1 SET DE DESCARTABLES.

Condiciones de Contratacion:

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

Lugar de Entrega: Esterilización. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de Esterilización, Avenida Calchaqui 5401 de 8 a 14 hrs .

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