



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. : 1 / 1

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2019-Cont-000040

2019

Número

Año

Expediente 2915-009391/2018

Emision 15/03/2019

P. P. : 2018-00001445

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 25 DE MARZO DEL 2019**

HORA 09:00

ASUNTO **Área de Ingeniería Clínica**

Detalle: Adquisición de desfibriladores semiautomáticos externos 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	DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO	4	Unidad	

Plazo de Entrega: 60 días

Garantía: 1 Año

Observaciones: Especificaciones técnicas anexas en pliego.

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	SIMULADOR DE DEA	1	Unidad	

Plazo de Entrega: 60 días

Garantía: 1 Año

Observaciones: Especificaciones técnicas anexas en pliego.

Condiciones de Contratacion:

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

Lugar de Entrega: INGENIERIA CLINICA. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de INGENIERIA CLINICA, Avenida Calchaqui 5401 de 8 A 16 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