



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 / 2

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2019-Cont-000007

2019

Número

Año

Expediente 2915-009417/2019

Emission 01/02/2019

P. P. : 2019-00000010

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 12 DE FEBRERO DEL 2019**

HORA 11:00

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	CATETER GUIA CON BALON DILATADOR 8 FR	2	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones: Cateter guía con balon de 8 Fr

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CATETER GUIA DE DIAMETROS PROGRESIVOS	2	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones: Cateter guia de diámetros progresivos de acceso distal

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	INTRODUCTOR FEMORAL 8 FR	2	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones: Set de introductor arterial de 10 cm de longitud, con minicuerda J de 0,035" de 45 cm de

Confeccionó

Lugar y Fecha

Firma y Sello



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. : 2 / 2

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2019-Cont-000007

2019

Número

Año

Expediente 2915-009417/2019

Emission 01/02/2019

P. P. : 2019-00000010

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 12 DE FEBRERO DEL 2019**

HORA 11:00

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.

longitud y aguja de punción metálica, compatible con cuerda 0,035" de 8 french,

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.

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