



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 / 1

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2019-Cont-000076

2019

Número

Año

Expediente 2915-009694/2019

Emision 30/08/2019

P. P. : 2019-00000562

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 10 DE SETIEMBRE DEL 2019**

HORA 09:00

ASUNTO **Área de Gestión de Pacientes**

Detalle: DALINGER HECTOR HUGO DNI 31174957

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	PRÓTESIS DE REVISIÓN TOTAL DE CADERA	1	Unidad	

Plazo de Entrega: A confirmar, según fecha de cirugía

Observaciones: PRÓTESIS NO CEMENTADA DE REVISIÓN, TALLO CILINDRICO POROSO TOTAL ESTRIADO, COTILO NO CEMENTADO DE REVISIÓN MULTIPERFORADO. CABEZA 32/36. ENVIAR OPCIÓN CEMENTADO. ASISTENCIA TÉCNICA, IOBAN UDRAPE, HEMOSUCTOR

Condiciones de Contratacion:

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

Lugar de Entrega: ESTERILIZACION. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de ESTERILIZACION, Avenida Calchaqui 5401 de 8 A 19 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