



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 **2018**

Pag. : 1 / 2

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2018-Cont-000097

2018

Número

Año

Expediente 2915-008947/2018

Emision 27/08/2018

P. P. : 2018-00000797

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 04 DE SETIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

HORA 10:00

Detalle:

Valor del Pliego **0,00**

Comentarios:

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

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	ROLLO PAPEL AMBAR	18	Unidad	

Observaciones: Rollo de papel Celofán Ámbar x 500 mt para reenvasadora de formas farmacéuticas sólidas homologado por USP modelo MPI - Auto Print II pertenecientes al hospital

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ROLLO PAPEL METÁLICO	36	Unidad	

Observaciones: Rollo de papel Aluminio Térmico x 300 mt para reenvasadora de formas farmacéuticas sólidas homologado por USP modelo MPI - Auto Print II pertenecientes al hospital

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ROLLO PAPEL TRANSFER RIBON	3	Unidad	

Confecionó

Lugar y Fecha

Firma y Sello



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 **2018**

Pag. : 2 / 2

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2018-Cont-000097

2018

Número

Año

Expediente 2915-008947/2018

Emision 27/08/2018

P. P. : 2018-00000797

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 04 DE SETIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

HORA 10:00

Detalle:

Valor del Pliego **0,00**

Comentarios:

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

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.

Observaciones: Rollo de papel transfer ribon para reenvasadora de ampollas modelo Autoprint Baggin System

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 08 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