



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 / 2

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2021-Cont-000017

2021

Número

Año

Expediente 2915-011430/2021

Emission 22/02/2021

P. P. : 2021-00000073

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 25 DE FEBRERO DEL 2021**

HORA 10:00

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 | CEFTOLOZANO - TAZOBACTAM 1000/500 MG FRASCO AMPOLLA | 170 | Unidad | |

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

| 2 | Renglón 2 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|-----------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | CLINDAMICINA 600 MG AMPOLLA | 1000 | Unidad | |

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

| 3 | Renglón 3 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|---------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | GENTAMICINA 80 MG AMPOLLA | 200 | Unidad | |

Confeccionó

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 **2020**

Pag. : 2 / 2

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2021-Cont-000017

2021

Número

Año

Expediente 2915-011430/2021

Emission 22/02/2021

P. P. : 2021-00000073

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 25 DE FEBRERO DEL 2021**

HORA 10:00

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.

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

| 4 | Renglón 4 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|---------------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | TEICOPLAMINA 400 MG FRASCO AMPOLLA | 10 | Unidad | |

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

Condiciones de Contratacion:

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

Lugar de Entrega: Farmacia. Los remitos serán válidos sólo si están firmados por el área de Farmacia, Avenida Calchaqui 5401 de 08 a 13hs..

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.

Confecionó

Lugar y Fecha

Firma y Sello