



**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 **2021**

Pag. : 1 / 1

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2022-Cont-000038**

**2022**

Número

Año

Expediente 2915-012690/2022

Emision 14/02/2022

P. P. : 2022-00000160

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 17 DE FEBRERO DEL 2022**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Área de Gestión de Pacientes**

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	TRASLADO SANITARIO AÉREO (AVIÓN)	5000	Kilómetro	

**Plazo de Entrega:** 100% A requerimiento

**Observaciones:**

Características técnicas mínimas del Avión Jet:

Tipo Learjet o similar prestación (700 km/h aprox.).

La capacidad puede ser menor a 8 (ocho) pasajeros, pero deberá asegurar capacidad mínima para 6 (seis) (6) pasajeros.

Se deberá indicar tipo de avión y características del mismo.

Es excluyente una velocidad promedio de 700 km/hora como mínimo

Condiciones de Contratacion:

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

Lugar de Entrega: Gestión de Pacientes. Los remitos serán válidos solamente si están firmados por el área de Gestión de Pacientes, Avenida Calchaqui 5401 de 8:00 a 16:00 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