



**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 / 1

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2018-Cont-000012**      **2018**

Número                      Año

Expediente 2915-008324/2018

Emision 26/01/2018

P. P. : 2018-00000104

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 06 DE FEBRERO DEL 2018**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Laboratorio**

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	PANEL MIELOIDE POR NGS	16	Unidad	

**Plazo de Entrega:** Enero a Diciembre de 2018

**Observaciones:**

Corrida para 16 muestras. Ver Anexo

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ACCESORIOS Y CONSUMIBLES PARA NGS	1	Unidad	

**Plazo de Entrega:** Enero a Diciembre de 2018

**Observaciones:**

Incluye todos los accesorios y consumibles para la corrida de 16 muestras por NGS. Ver Anexo

Condiciones de Contratacion:

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

Lugar de Entrega: LABORATORIO. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de LABORATORIO, 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