



**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-000033**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-008417/2018

Emission 15/03/2018

P. P. : 2018-00000355

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 26 DE MARZO DEL 2018**

**HORA 09:00**

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	PROTEINOGRAMAS ELECTROFORETICOS, DETERMINACIONES EN GEL DE AGAROSA	3120	Unidad	

**Plazo de Entrega:** Marzo a diciembre del año en curso

**Observaciones:** Ver Anexo.

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ELECTROFORESIS DE HEMOGLOBINA EN GEL DE AGAROSA EN BUFFER ALCALINO	130	Unidad	

**Plazo de Entrega:** Marzo a diciembre del año en curso

**Observaciones:** Ver Anexo.

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CONCENTRADORES DE ORINA	540	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 **2018**

Pag. : 2 / 2

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2018-Cont-000033**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-008417/2018

Emision 15/03/2018

P. P. : 2018-00000355

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 26 DE MARZO DEL 2018**

**HORA 09:00**

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.

**Plazo de Entrega:** Marzo a diciembre del año en curso

**Observaciones:**  
Ver Anexo

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	BANDAS OLIGOCLONALES IGG IEF	60	Unidad	

**Plazo de Entrega:** Marzo a diciembre del año en curso

**Observaciones:**  
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 12 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