



**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-000076**

**2017**

Número

Año

Expediente 2915-007908/2017

Emision 02/07/2018

P. P. : 2017-00001246

PRESENTACION DE OFERTAS **MIERCOLES 11 DE JULIO DEL 2018**

ASUNTO **Área de Servicios Generales**

**HORA 10:00**

Detalle:

Valor del Pliego **0,00**

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	Servicio de mensajería	6	Mes	

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

**Observaciones:** Servicio de mensajería Capital y Gran Buenos Aires.-  
La cantidad de viajes es estimativa, a requerimiento.-  
Lo solicitado es para los Servicios de Compras, RR.HH,Finanzas,Facturación, Secretaria de Dirección,Farmacia.-

Condiciones de Contratacion:

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

Lugar de Entrega: Servicios Generales. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de Servicios Generales, Avenida Calchaqui 5401 de 07 a 19 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.

\_\_\_\_\_  
Confecionó

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello