



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**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 1 / 1

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Contratacion Directa

2020-Cont-000005

2020

Número

Año

Expediente 2915-010203/2020

Emission 28/01/2020

P. P. : 2020-00000023

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 07 DE FEBRERO DEL 2020**

HORA 10:00

ASUNTO **Área de Gestión de Pacientes**

Detalle: ALEGRE MARIA ELBA DNI 13438115

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	PROTESIS PARA REEMPLAZO TOTAL DE HOMBRO	1	Unidad	

Plazo de Entrega: A confirmar, según fecha de cirugía

Observaciones: 1 PROTESIS PARA REEMPLAZO DE HOMBRO REVERSO NO CEMENTADA TALLO UNIVERSAL CON QUILLA ANTIROTACIONAL NO CEMENTADA.

1 SET DE COLOCACIÓN A PRESTAMO.

1 SIERRA OSCILANTE A PRESTAMO.

Condiciones de Contratacion:

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

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