



**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-000055**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-008676/2018

Emission 04/05/2018

P. P. : 2018-00000540

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 09 DE MAYO DEL 2018**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

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	GENERADOR DE CARDIORESINCRONIZADOR DE ALTA SALIDA	1	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

- 1 Generador de cardioresincronizador de alta salida DF-1 IS-1.
- 1 Cateter de CDI simple coil de fijación activa DF-1.
- 1 Cateter auricular fijación activa
- 1 Cateter de estimulación y sensado VI cuadripolar IS-4.
- 2 Subselector venosos 90 y 130 grados.
- 2 Set de vainas para seno coronario.
- 3 Introdutores peel away.

PACIENTE: Belich Eliana Mariel

**Condiciones de Contratacion:**

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

Lugar de Entrega: Farmacia. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de Farmacia, Avenida Calchaqui 5401 de 08 a 14Hs..

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