



**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**

Licitación Privada

**2018-Priv-000029**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009083/2018

Emission 08/10/2018

P. P. : 2018-00001016

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 18 DE OCTUBRE DEL 2018**

ASUNTO **Área de Gestión de Pacientes**

**HORA 08:00**

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	PRÓTESIS PARA REVISIÓN	1	Unidad	

**Plazo de Entrega:** A confirmar, según fecha de cirugía

**Observaciones:** Protesis de revision no convencional de femur no cementada

Cotilo de revision multiperforado

Suplemento de tantalio ( cuñas)

loban-Udrape-Hemosuctor

Pte. Fedele Norma Beatriz

Condiciones de Contratacion:

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

Lugar de Entrega: Servicio de Esterilización. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de Servicio de Esterilización, Avenida Calchaqui 5401 de 08:00 a 19:00 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