



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 **2019**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 1 / 11

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2019-Pub-000050

2019

Número

Año

Expediente 2915-009950/2019

Emisión 24/10/2019

P. P. : 2019-00001034

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 12 DE NOVIEMBRE DEL 2019**

HORA 10:00

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Proviencia de Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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	ANTIGLIADINA II ANTICUERPOS IGA	2000	Unidad	

Plazo de Entrega: Deberá entregar de acuerdo a necesidad del servicio y con vencimiento no menor a 6 meses.
Observaciones: Periodo enero a diciembre 2020.
Ver adjunto con especificaciones técnicas

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ANTIGLIADINA II ANTICUERPOS IGG EN SUERO O PLASMA HUMANO PARA SU USO DIAGNOSTICO IN VITRO	2000	Unidad	

Plazo de Entrega: Deberá entregar de acuerdo a necesidad del servicio y con vencimiento no menor a 6 meses.
Observaciones: Periodo enero a diciembre 2020.
Ver adjunto con especificaciones técnicas

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ANTICUERPOS ANTI CARDIOLIPINAS IGG	400	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. Calchaquí 5401

C.U.I.T.: 30710847351

IVA: Exento

compras@hospitalelcruce.org

Ejercicio **2019**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 2 / 11

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2019-Pub-000050

2019

Número

Año

Expediente 2915-009950/2019

Emisión 24/10/2019

P. P. : 2019-00001034

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 12 DE NOVIEMBRE DEL 2019**

HORA 10:00

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Proviencia de Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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: Deberá entregar de acuerdo a necesidad del servicio y con vencimiento no menor a 6 meses
Observaciones: Periodo enero a diciembre 2020.
Ver adjunto con especificaciones técnicas

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ANTICUERPOS ANTI CARDIOLIPINAS IGM	400	Unidad	

Plazo de Entrega: Deberá entregar de acuerdo a necesidad del servicio y con vencimiento no menor a 6 meses
Observaciones: Periodo enero a diciembre 2020.
Ver adjunto con especificaciones técnicas

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ANTICUERPOS ANTI MPO EN SUERO O PLASMA	300	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 **2019**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 3 / 11

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2019-Pub-000050

2019

Número

Año

Expediente 2915-009950/2019

Emisión 24/10/2019

P. P. : 2019-00001034

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 12 DE NOVIEMBRE DEL 2019**

HORA 10:00

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provincial de Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

SEÑOR PROVEEDOR: Solicitamos cotizar los siguientes requerimientos, respetando el orden de los renglones/items con sello y firma de la Empresa. El precio deberá ser expresado en PESOS e incluir IVA, revistiendo el Hospital de alta complejidad El Cruce S.A.M.I.C., el carácter de IVA Exento.

Plazo de Entrega: Deberá entregar de acuerdo a necesidad del servicio y con vencimiento no menor a 6 meses.
Observaciones: Periodo enero a diciembre 2020.
Ver adjunto con especificaciones técnicas

6	Renglón 6	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ANTICUERPOS ANTI PR3 EN SUERO O PLASMA	300	Unidad	

Plazo de Entrega: Deberá entregar de acuerdo a necesidad del servicio y con vencimiento no menor a 6 meses.
Observaciones: Periodo enero a diciembre 2020.
Ver adjunto con especificaciones técnicas

7	Renglón 7	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ANTICUERPOS ANTI ENA	400	Unidad	

Confecionó

Lugar y Fecha

Firma y Sello



Hospital El Cruce
NÉSTOR CARLOS KIRCHNER

SERVICIO DE ATENCIÓN MEDICA INTEGRAL PARA LA COMUNIDAD

HOSPITAL EL CRUCE

1 - Florencio Varela - Av. Calchaqui 5401

C.U.I.T.: 30710847351

IVA: Exento

compras@hospitalelcruce.org

Ejercicio **2019**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 4 / 11

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2019-Pub-000050

2019

Número

Año

Expediente 2915-009950/2019

Emision 24/10/2019

P. P. : 2019-00001034

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 12 DE NOVIEMBRE DEL 2019**

HORA 10:00

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Proviaciade Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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: Deberá entregar de acuerdo a necesidad del servicio y con vencimiento no menor a 6 meses.
Observaciones: ENA Screen con 7 anticuerpos.
Periodo enero a diciembre 2020.
Ver adjunto con especificaciones técnicas

8	Renglón 8	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ANTICUERPOS ANTI JO	200	Unidad	

Plazo de Entrega: Deberá entregar de acuerdo a necesidad del servicio y con vencimiento no menor a 6 meses.
Observaciones: Periodo enero a diciembre 2020.
Ver adjunto con especificaciones técnicas

9	Renglón 9	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ANTICUERPOS -RNP 70	200	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 **2019**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 5 / 11

PEDIDO DE COTIZACIÓN
Licitación Pública

2019-Pub-000050 **2019**

Número Año

Expediente 2915-009950/2019

Emision 24/10/2019

P. P. : 2019-00001034

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 12 DE NOVIEMBRE DEL 2019**

HORA 10:00

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Proviaciade Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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: Deberá entregar de acuerdo a necesidad del servicio y con vencimiento no menor a 6 meses
Observaciones: Periodo enero a diciembre 2020.
Ver adjunto con especificaciones técnicas

10	Renglón 10	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ANTICUERPOS ANTI-RNP/SM	200	Unidad	

Plazo de Entrega: Deberá entregar de acuerdo a necesidad del servicio y con vencimiento no menor a 6 meses
Observaciones: Periodo enero a diciembre 2020.
Ver adjunto con especificaciones técnicas

11	Renglón 11	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ANTICUERPOS ANTI SSB	200	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 **2019**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 6 / 11

PEDIDO DE COTIZACIÓN
Licitación Pública

2019-Pub-000050 **2019**

Número Año

Expediente 2915-009950/2019

Emission 24/10/2019

P. P. : 2019-00001034

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 12 DE NOVIEMBRE DEL 2019**

HORA 10:00

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Proviaciade Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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: Deberá entregar de acuerdo a necesidad del servicio y con vencimiento no menor a 6 meses.
Observaciones: Periodo enero a diciembre 2020.
Ver adjunto con especificaciones técnicas

12	Renglón 12	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ANTICUERPOS ANTI-RO 52	200	Unidad	

Plazo de Entrega: Deberá entregar de acuerdo a necesidad del servicio y con vencimiento no menor a 6 meses.
Observaciones: Periodo enero a diciembre 2020.
Ver adjunto con especificaciones técnicas

13	Renglón 13	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ANTICUERPOS ANTI-RO 60	200	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 **2019**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 7 / 11

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2019-Pub-000050

2019

Número

Año

Expediente 2915-009950/2019

Emision 24/10/2019

P. P. : 2019-00001034

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 12 DE NOVIEMBRE DEL 2019**

HORA 10:00

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Proviaciade Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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: Deberá entregar de acuerdo a necesidad del servicio y con vencimiento no menor a 6 meses.
Observaciones: Periodo enero a diciembre 2020.
Ver adjunto con especificaciones técnicas

14	Renglón 14	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ANTICUERPOS ANTI SCL 70	200	Unidad	

Plazo de Entrega: Deberá entregar de acuerdo a necesidad del servicio y con vencimiento no menor a 6 meses.
Observaciones: Periodo enero a diciembre 2020.
Ver adjunto con especificaciones técnicas

15	Renglón 15	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TRANSGLUTAMINASA TISULAR, ANTICUERPOS TIPO IGG	250	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. Calchaquí 5401

C.U.I.T.: 30710847351

IVA: Exento

compras@hospitalelcruce.org

Ejercicio **2019**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 8 / 11

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2019-Pub-000050

2019

Número

Año

Expediente 2915-009950/2019

Emisión 24/10/2019

P. P. : 2019-00001034

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 12 DE NOVIEMBRE DEL 2019**

HORA 10:00

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provincial de Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

SEÑOR PROVEEDOR: Solicitamos cotizar los siguientes requerimientos, respetando el orden de los renglones/items con sello y firma de la Empresa. El precio deberá ser expresado en PESOS e incluir IVA, revistiendo el Hospital de alta complejidad El Cruce S.A.M.I.C., el carácter de IVA Exento.

Plazo de Entrega: Deberá entregar de acuerdo a necesidad del

Observaciones: Periodo ~~enero a diciembre 2020.~~ ^{servicio y con vencimiento no menor a 6}

~~meses~~ Ver adjunto con especificaciones técnicas

16	Renglón 16	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TRANSGLUTAMINASA TISULAR, AUTOANTICUERPOS TIPO IGA	3500	Unidad	

Plazo de Entrega: Deberá entregar de acuerdo a necesidad del

Observaciones: Periodo ~~enero a diciembre 2020.~~ ^{servicio y con vencimiento no menor a 6}

~~meses~~ Ver adjunto con especificaciones técnicas

17	Renglón 17	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ANTICUERPOS ANTI BETA2-GLICOPROTEÍNA IGG	400	Unidad	

Confecionó

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 **2019**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 9 / 11

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2019-Pub-000050

2019

Número

Año

Expediente 2915-009950/2019

Emision 24/10/2019

P. P. : 2019-00001034

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 12 DE NOVIEMBRE DEL 2019**

HORA 10:00

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Proviaciade Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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: Deberá entregar de acuerdo a necesidad del servicio y con vencimiento no menor a 6 meses.
Observaciones: Periodo enero a diciembre 2020.
Ver adjunto con especificaciones técnicas

18	Renglón 18	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ANTICUERPOS ANTI BETA2-GLICOPROTEÍNA IGM	400	Unidad	

Plazo de Entrega: Deberá entregar de acuerdo a necesidad del servicio y con vencimiento no menor a 6 meses.
Observaciones: Periodo enero a diciembre 2020.
Ver adjunto con especificaciones técnicas

ESPECIFICACIONES TECNICAS

Renglones 1 a 18: se solicitan determinaciones de serología por quimioluminiscencia (excluyente) que deben ser entregados con el equipamiento necesario para su realización en un sistema analítico completamente automatizado, con provisión de reactivos, controles, calibradores, buffers, líquidos de lavado y todo insumo necesario para su procesamiento. El

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 **2019**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 10 / 11

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2019-Pub-000050

2019

Número

Año

Expediente 2915-009950/2019

Emisión 24/10/2019

P. P. : 2019-00001034

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 12 DE NOVIEMBRE DEL 2019**

HORA 10:00

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provienciade Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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.

equipamiento a entregar debe cumplir las siguientes especificaciones: tiempo de análisis liberado en 30 minutos, pantalla táctil, con lector de código de barras para asignar posición a las muestras, compatible con la conexión al LIS del laboratorio, almacenamiento de reactivos a bordo refrigerados, almacenamiento de curvas de calibración. No se incluye material para la toma de muestra.

Se deberá especificar las cantidades de cada uno de los reactivos a entregar en número de cajas y determinaciones por cada caja (condición excluyente para la adjudicación).

Asimismo la cantidad de consumibles, controles y calibradores debe ser tal que garantice la realización de la totalidad de las determinaciones solicitadas.

El laboratorio posee un LIS (Sistema Informático de Laboratorio) y la empresa adjudicataria se hará cargo de la conexión al mismo tanto en soft, como en materiales, debiendo expresar dicho compromiso por escrito en la oferta. La conexión al LIS deberá ser realizada en el momento de instalar la aparatología correspondiente (excluyente).

Asimismo se incluirá el transporte, instalación, UPS, seguro, todo ello a cargo de la firma adjudicataria. En caso de solicitar el Laboratorio el servicio de reparación técnica, deberá cumplimentarse dentro de las 24 horas de solicitado, con provisión de todo material necesario por parte de la empresa, tal que asegure el perfecto funcionamiento sin cargo adicional para el Hospital, o sea a cargo de la firma proveedora. De no cumplirse lo antedicho, se multará con una suma equivalente al doble del valor unitario de determinación que no se puedan realizar los primeros tres días hábiles y a cinco veces el valor unitario pasado dicho plazo.

Las entregas de reactivos y consumibles deberán ser realizadas según necesidades del Servicio. El vencimiento de los reactivos deberá ser no menor de (6) seis meses a partir de la fecha de entrega.

La firma proveedora deberá realizar el entrenamiento del personal en el uso de equipamiento de acuerdo a las necesidades del servicio.

La firma proveedora deberá certificar las óptimas condiciones iniciales del equipo, en caso de equipos usados o que ya estén instalados, y garantizar el correcto desempeño del mismo durante todo el periodo del contrato. Asimismo, se compromete a elaborar una ficha de mantenimiento técnico preventivo y correctivo, que deberá ser cumplimentada, según corresponda, tanto por el laboratorio receptor del equipamiento, como por el servicio técnico de la empresa. Los aparatos, en caso de equipos usados, deben tener una antigüedad menor a 3 años de uso, acondicionados para su correcto funcionamiento. Será tenido en cuenta los informes técnicos de los equipos para las nuevas preadjudicaciones.

La firma proveedora deberá tener una antigüedad mínima de (2) dos años en el mercado argentino. Deberá ser representante oficial de los productos cotizados en el área.

Confecionó

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 **2019**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 11 / 11

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2019-Pub-000050

2019

Número

Año

Expediente 2915-009950/2019

Emission 24/10/2019

P. P. : 2019-00001034

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 12 DE NOVIEMBRE DEL 2019**

HORA 10:00

ASUNTO **Laboratorio**

Detalle:

Valor del Pliego **1.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provinciade Buenos Aires N° 501749 sucursal 5042

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.

La firma proveedora deberá entregar un listado de usuarios públicos o en su defecto instalar el equipamiento sin cargo a prueba 14 días.
Los equipos y reactivos deben presentar aprobación del ANMAT. Adjuntar copia de certificados (condición excluyente para la adjudicación)

La adjudicación se efectuará al menor precio global que garantice el total de las determinaciones solicitadas, considerando la posibilidad de preadjudicar el mínimo número de equipamiento necesario.

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 08:00 a 14:00 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.

Confeccionó

Lugar y Fecha

Firma y Sello