



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 / 3

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2018-Pub-000006

2018

Número

Año

Expediente 2915-008327/2018

Emisión 30/01/2018

P. P. : 2018-00000084

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 15 DE FEBRERO DEL 2018**

HORA 11:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Valor del Pliego **4.000,00**

Detalle:

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.

1	Renglón 1	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	JERINGA C/TUBO DE CARGA P/TOMOGRAFO	400	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

Jeringa de 110ml con tubo de llenado tipo J y tubo de conexión compatibles con tomógrafo marca Seacrown

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	JERINGA INYECTORA X 200 ML P/DXI	1200	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

Jeringa inyectora x 200 ml, con tubo conector monolumen de baja presión a rosca, tipo Cód 800099

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	JERINGA P/DXI 60 ML C/CONECTOR PACK X 2 UNIDADES	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 **2018**

Pag. : 2 / 3

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2018-Pub-000006

2018

Número

Año

Expediente 2915-008327/2018

Emission 30/01/2018

P. P. : 2018-00000084

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 15 DE FEBRERO DEL 2018**

HORA 11:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Valor del Pliego **4.000,00**

Detalle:

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.

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

Kit x 2 jeringas 60ml con conector en Y para bomba inyectora de resonancia magnética, tipo Cód 801800

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CONECTOR MONOLUMEN VALVULADO P/DXI	3000	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

Conector tipo Cód. 318198

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	CONECTOR BILUMEN VALVULADO EN Y P/DXI	300	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% Inmediato

Observaciones:

Conector en y con válvula de retención tipo Cód 844012

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 **2018**

Pag. : 3 / 3

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2018-Pub-000006

2018

Número

Año

Expediente 2915-008327/2018

Emission 30/01/2018

P. P. : 2018-00000084

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 15 DE FEBRERO DEL 2018**

HORA 11:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Valor del Pliego **4.000,00**

Detalle:

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 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.

Condiciones de Contratacion:

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

Lugar de Entrega: SERVICIO DE FARMACIA. Los remitos serán válidos sólo si están firmados por el área de SERVICIO DE FARMACIA, 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