



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**

SGC_ABAS_FO_01

Pag. : 1 / 1

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2018-Pub-000079

2018

Número

Año

Expediente 2915-009195/2018

Emission 03/12/2018

P. P. : 2018-00001211

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 11 DE DICIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Área de Servicios Generales**

HORA 10:00

Detalle:

Valor del Pliego **23.700,00**

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.

| 1 | Renglón 1 | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | SERVICIO DE RETIRO, TRANSPORTE, TRATAMIENTO Y DISPOSICION FINAL DE RESIDUOS PATOGENICOS TIPO B GENERADOS POR EL HOSPITAL | 12 | Mes | |

Plazo de Entrega: Enero - Diciembre de 2019

Observaciones: De acuerdo a Pliego y Especificaciones Técnicas que forman parte de la Licitación .- Periodo de cobertura Enero 2019 hasta el 31 Diciembre del 2019.-

Condiciones de Contratacion:

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

Lugar de Entrega: Servicios Generales. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de Servicios Generales, Avenida Calchaqui 5401 de 09:00 a 13:00 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