



**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 Privada

**2018-Priv-000048**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009232/2018

Emission 10/12/2018

P. P. : 2018-00001247

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 18 DE DICIEMBRE DEL 2018**

ASUNTO **Área de Arquitectura**

**HORA 08:00**

Detalle: Sillón para acompañantes

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	SILLÓN DE DESCANSO RECLINABLE CON POSA PIEA REVESTIDO EN VINÍLICO ACCIONAMIENTO INERCIAL	36	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 30 días

**Observaciones:** Sillón reclinable de un cuerpo, para acompañantes de pacientes en habitaciones de internación. Será inercial y con tres posiciones: sentado, levemente inclinado y casi totalmente reclinado . Estructura de madera maciza y aglomerado de partículas. Tapizado en ecocuero sintético de alta densidad color azul oscuro segun muestra. Tendrá costuras dobles reforzadas. Asiento compuesto por cinchas elásticas y almohadón integrado de alta densidad.El mecanismo será metálico con accionamiento a presión. Medidas: 110 x 90 x 80 cm. Asiento a 45 cm. de altura. Debe incluir ruedas resistentes aptas para su traslado

Condiciones de Contratacion:

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

Lugar de Entrega: Arquitectura. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de Arquitectura, Avenida Calchaqui 5401 de 8 a 16 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