



**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 / 1

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2019-Priv-000015**

**2019**

Número

Año

Expediente 2915-009389/2018

Emision 19/03/2019

P. P. : 2018-00001456

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 29 DE MARZO DEL 2019**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Área de Arquitectura**

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	65	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 60 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 dias 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 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