



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 / 4

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Privada

2019-Priv-000043

2019

Número

Año

Expediente 2915-010075/2019

Emission 11/12/2019

P. P. : 2019-00001261

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 20 DE DICIEMBRE DEL 2019**

HORA 11:00

ASUNTO **Serv. Medicina Transfusional**

Valor del Pliego **0,00**

Detalle:

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	DIACLON ABO/D+REVERSE GROUPING (A,B,DVI+,CTL/A1) 4X12	96	Caja	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: TARJETAS GEL DE 6 POSILLOS X 48 TARJETAS

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DIACLON ABO/RH FOR NEWBORNS,DVI+ (A,B,AB,DVI+,CTL) 4X12	10	Caja	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones:

TARJETAS GEL DE 6 POSILLOS X 48 TARJETAS

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	LISS/COOMBS 4X12	85	Caja	

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. : 2 / 4

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Privada

2019-Priv-000043

2019

Número

Año

Expediente 2915-010075/2019

Emission 11/12/2019

P. P. : 2019-00001261

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 20 DE DICIEMBRE DEL 2019**

HORA 11:00

ASUNTO **Serv. Medicina Transfusional**

Valor del Pliego **0,00**

Detalle:

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.

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: TARJETAS GEL DE 6 POSILLOS X 48 TARJETAS

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	DIACLON RH SUBGRUPOS+K(C,C,E,E,K,CTL)	4	Caja	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: TARJETAS GEL DE 6 POSILLOS X 48 TARJETAS

5	Renglón 5	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ID DIACELL ABO (A1+B) 2X10 ML	48	Caja	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: PARA TARJETAS GEL DE 6 POSILLOS X 48 TARJETAS

6	Renglón 6	Cantidad	Presentación	Precio Unit.

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 / 4

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Privada

2019-Priv-000043

2019

Número

Año

Expediente 2915-010075/2019

Emisión 11/12/2019

P. P. : 2019-00001261

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 20 DE DICIEMBRE DEL 2019**

HORA 11:00

ASUNTO **Serv. Medicina Transfusional**

Valor del Pliego **0,00**

Detalle:

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.

Item N°1	ID DIACELL I+II 2X10 ML	60	Caja	
----------	-------------------------	----	------	--

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: PARA TARJETAS GEL DE 6 POSILLOS X 48 TARJETAS

7	Renglón 7	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ID DIAPANEL X 11 TUBOS X 4 ML	12	Caja	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: PARA TARJETAS GEL DE 6 POSILLOS X 48 TARJETAS

8	Renglón 8	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	ID DILUENT 2,1 X 500ML	48	Caja	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: PARA TARJETAS GEL DE 6 POSILLOS X 48 TARJETAS

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. : 4 / 4

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Privada

2019-Priv-000043

2019

Número

Año

Expediente 2915-010075/2019

Emisión 11/12/2019

P. P. : 2019-00001261

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 20 DE DICIEMBRE DEL 2019**

HORA 11:00

ASUNTO **Serv. Medicina Transfusional**

Valor del Pliego **0,00**

Detalle:

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.

Condiciones de Contratacion:

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

Lugar de Entrega: Medicina Transfusional. Los remitos serán válidos sólomente si están firmados por el área de Medicina Transfusional, 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