



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 / 2

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2019-Pub-000001

2019

Número

Año

Expediente 2915-009254/2018

Emision 20/02/2019

P. P. : 2018-00001152

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 08 DE MARZO DEL 2019**

HORA 08:00

ASUNTO **Área de Gestión de Pacientes**

Detalle:

Valor del Pliego **14.500,00**

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	TRASLADO SANITARIO AÉREO (AVIÓN)	24000	Kilómetro	

Plazo de Entrega: Enero - Diciembre de 2019

Observaciones:

Características técnicas mínimas del Avión Jet:

Tipo Learjet o similar prestación (700 km/h aprox.).

La capacidad puede ser menor a 8 pasajeros, pero deberá asegurar capacidad mínima para seis (6) pasajeros.

Se deberá indicar tipo de avión y características del mismo.

Es excluyente una velocidad promedio de 700 km/hora como mínimo

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TRASLADO SANITARIO AÉREO (AVIÓN)	10000	Kilómetro	

Plazo de Entrega: Enero - Diciembre de 2019

Observaciones:

Características técnicas mínimas del Avión Turbo Hélice:

Turbo hélice, distancia máxima de 700 km. de ida.

Capacidad: 8 pasajeros.

Se deberá indicar tipo de avión y características del mismo.

Condiciones de Contratacion:

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

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. : 2 / 2

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2019-Pub-000001

2019

Número

Año

Expediente 2915-009254/2018

Emission 20/02/2019

P. P. : 2018-00001152

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 08 DE MARZO DEL 2019**

HORA 08:00

ASUNTO **Área de Gestión de Pacientes**

Detalle:

Valor del Pliego **14.500,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Proviencia 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.

Lugar de Entrega: Gestión de Pacientes . Los remitos serán válidos sólo si están firmados por el área de Gestión de Pacientes , Avenida Calchaqui 5401 de 24 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