



**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-000077**

**2018**

Número

Año

Expediente 2915-009105/2018

Emission 19/12/2018

P. P. : 2018-00001020

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 08 DE ENERO DEL 2018**

**HORA 09:00**

ASUNTO **Hematología 1**

Detalle:

Valor del Pliego **9.500,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provienciade 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	TRATAMIENTO IRRADIACIÓN CORPORAL TOTAL	15	Unidad	

**Plazo de Entrega:** 100% A requerimiento

**Observaciones:**

SE INCLUYE EN CADA IRRADIACION COORPORAL EL TRASLADO DEL PACIENTE CON AMBULANCIA Y UN MEDICO ACOMPAÑANTE

LA PRESENTE SERA PA CUBRIR DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2019.-

**Condiciones de Contratacion:**

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

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