



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 **2022**

Pag. : 1 / 1

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Privada

2022-Priv-000042

2022

Número

Año

Expediente 2915-013620/2022

Emission 07/09/2022

P. P. : 2022-00001149

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 16 DE SETIEMBRE DEL 2022**

HORA 09:00

ASUNTO **Área de Ingeniería Clínica**

Detalle: Servicio de mantenimiento Correctivo de LASER verde para fotocoagulacion oftalmologica.

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	Mantenimiento correctivo de Laser fotocoagulador Oftalmologico.	1	Unidad	

Plazo de Entrega: 60 días

Observaciones: Se debe realizar cambio de montaje de Placa Core.
 Se debe cambiar pedalera o interruptor de pie.
 Se debe garantizar disponibilidad de repuestos y vigencia del equipo reparado por 5 años.
 Se deben realizar 2 (dos) mantenimientos Preventivos programados al año.
 La reparacion debe tener una garantia de al menos 12 meses.
 Deberá ser realizado por una empresa de servicio técnico autorizada por el fabricante del equipo.
 Deberá presentarse un registro de todas las tareas realizadas sobre el equipo, incluyendo todas las mediciones realizadas y los certificados de los patrones utilizados.
 Los repuestos deberán ser nuevos y originales.

Condiciones de Contratacion:

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

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