



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 **2020**

Pag. : 1 / 2

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Privada

2021-Priv-000008

2021

Número

Año

Expediente 2915-0011431/2021

Emission 28/01/2021

P. P. : 2021-00000079

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 08 DE FEBRERO DEL 2021**

HORA 11:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

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	CONDUCTO VALVULADO AORTICO	4	Unidad	

Plazo de Entrega: A requerimiento del Hospital, según lo consumido del Banco en consignación

Observaciones:

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	VALVULA CARDIACA MECANICA AORTICA	20	Unidad	

Plazo de Entrega: A requerimiento del Hospital, según lo consumido del Banco en consignación

Observaciones:

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	VALVULA CARDIACA MECANICA MITRAL	5	Unidad	

Confeccionó

Lugar y Fecha

Firma y Sello



Hospital El Cruce
NÉSTOR CARLOS KIRCHNER

SERVICIO DE ATENCIÓN MEDICA INTEGRAL PARA LA COMUNIDAD

HOSPITAL EL CRUCE

1 - Florencio Varela - Av. Calchaqui 5401

C.U.I.T.: 30710847351

IVA: Exento

compras@hospitalelcruce.org

Ejercicio **2020**

Pag. : 2 / 2

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Privada

2021-Priv-000008

2021

Número

Año

Expediente 2915-0011431/2021

Emission 28/01/2021

P. P. : 2021-00000079

PRESENTACION DE OFERTAS **LUNES 08 DE FEBRERO DEL 2021**

HORA 11:00

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

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: A requerimiento del Hospital, según lo consumido del Banco en consignación

Observaciones:

Condiciones de Contratacion:

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

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