



**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 **2021**

Pag. : 1 / 1

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Privada

**2021-Priv-000048**

**2021**

Número

Año

Expediente 2915-012099/2021

Emission 07/09/2021

P. P. : 2021-00001195

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 16 DE SETIEMBRE DEL 2021**

**HORA 09:00**

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 | KIT COARTOPLASTIA | 2        | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:** Kit de coartoplastia compuesto por stent de cromocobalto o de iridio platino recubierto de PTEF 12 ZIG x 38 mm de largo para tratamientos de coartación de aorta, vaina de mullins de 14 Fr, balón tipo Ballon in Ballon y cuerda de 0.035" x 260 cm.

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 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