



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 **2021**

Pag. : 1 / 2

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2021-Pub-000021

2021

Número

Año

Expediente 2915-0011560/2021

Emission 16/04/2021

P. P. : 2020-00001607

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 27 DE ABRIL DEL 2021**

HORA 09:00

ASUNTO **Dir. Médica y de Cuidados Asistenciales**

Detalle:

Valor del Pliego **5.000,00**

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	TRATAMIENTO DE DIÁLISIS	1715	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: ADULTO

2	Renglón 2	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TRATAMIENTO DE DIÁLISIS EXTENDIDAS	200	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: ADULTO

3	Renglón 3	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TRATAMIENTO DE DIÁLISIS	70	Unidad	

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 **2021**

Pag. : 2 / 2

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2021-Pub-000021

2021

Número

Año

Expediente 2915-0011560/2021

Emission 16/04/2021

P. P. : 2020-00001607

PRESENTACION DE OFERTAS **MARTES 27 DE ABRIL DEL 2021**

HORA 09:00

ASUNTO **Dir. Médica y de Cuidados Asistenciales**

Detalle:

Valor del Pliego **5.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provincia 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.

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: PEDIATRICO

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TRATAMIENTO DE DIÁLISIS EXTENDIDAS	15	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: PEDIATRICO

SE ESTABLECE PERIODO DE COBERTURA PARA EL AÑO 2021.

Condiciones de Contratacion:

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

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

Impreso Por: daquilano