



**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 **2023**

Pag. : 1 / 2

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2023-Pub-000081**

**2023**

Número

Año

Expediente 2915-015581/2023

Emission 13/12/2023

P. P. : 2023-00002422

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 28 DE DICIEMBRE DEL 2023**

**HORA 11:00**

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

Detalle: TRATAMIENTO DE DIALISIS

Valor del Pliego **25.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Proviadi 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.

| 1        | Renglón 1               | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|-------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | TRATAMIENTO DE DIÁLISIS | 1800     | Unidad       |              |

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

**Observaciones:** ADULTO

| 2        | Renglón 2                          | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|------------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | TRATAMIENTO DE DIÁLISIS EXTENDIDAS | 150      | Unidad       |              |

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

**Observaciones:** ADULTO

| 3        | Renglón 3               | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|-------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | TRATAMIENTO DE DIÁLISIS | 150      | Unidad       |              |

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

**Observaciones:** PEDIATRICO

| 4        | Renglón 4                          | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|------------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | TRATAMIENTO DE DIÁLISIS EXTENDIDAS | 10       | Unidad       |              |

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

**Observaciones:** PEDIATRICO

Condiciones de Contratacion:

Forma de Pago: 30 Días FPF fecha de presentacion de factura.

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

\_\_\_\_\_

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 **2023**

Pag. : 2 / 2

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Licitación Pública

**2023-Pub-000081**

**2023**

Número

Año

Expediente 2915-015581/2023

Emission 13/12/2023

P. P. : 2023-00002422

PRESENTACION DE OFERTAS **JUEVES 28 DE DICIEMBRE DEL 2023**

**HORA 11:00**

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

Detalle: TRATAMIENTO DE DIALISIS

Valor del Pliego **25.000,00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Proviadiade 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.

hematologia, 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