



**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

**2022-Pub-000010**

**2022**

Número

Año

Expediente 2915-00012709/2022

Emission 16/02/2022

P. P. : 2022-00000074

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 25 DE FEBRERO DEL 2022**

**HORA 11:00**

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

Detalle:

Valor del Pliego **7.000,00**

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	1800	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	120	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

**2022-Pub-000010**

**2022**

Número

Año

Expediente 2915-00012709/2022

Emission 16/02/2022

P. P. : 2022-00000074

PRESENTACION DE OFERTAS **VIERNES 25 DE FEBRERO DEL 2022**

**HORA 11:00**

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

Detalle:

Valor del Pliego **7.000,00**

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	10	Unidad	

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

**Observaciones:** PEDIATRICO

**Condiciones de Contratacion:**

Forma de Pago: 30 días 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