



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 **2024**

Pag. : 1 / 2

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2024-Pub-000024

2024

Número

Año

Expediente 2915-016046/2024

Emission 13/5/2024

P. P. : 2024-00000970

PRESENTACION DE OFERTAS **MIÉRCOLES 22 DE MAYO DEL 2024**

HORA 08:00

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

Detalle: TRATAMIENTO DE DIALISIS

Valor del Pliego **25,000.00**

Comentarios: Cuenta Corriente del Banco Provienciade 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	200	Unidad	

Plazo de Entrega: 100% A requerimiento

Observaciones: PEDIATRICO

4	Renglón 4	Cantidad	Presentación	Precio Unit.
Item N°1	TRATAMIENTO DE DIÁLISIS EXTENDIDAS	20	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: trasplante renal adulto y pediatrico. Los remitos serán válidos sólomente si están

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 **2024**

Pag. : 2 / 2

PEDIDO DE COTIZACIÓN

Licitación Pública

2024-Pub-000024

2024

Número

Año

Expediente 2915-016046/2024

Emission 13/5/2024

P. P. : 2024-00000970

PRESENTACION DE OFERTAS **MIERCOLES 22 DE MAYO DEL 2024**

HORA 08:00

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.

firmados por el área de trasplante renal adulto y pediátrico, 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