



**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 / 1

**PEDIDO DE COTIZACIÓN**

Contratacion Directa

**2024-Cont-000123**

**2024**

Número

Año

Expediente 2915-00015965/2024

Emission 11/04/2024

P. P. : 2024-00000870

PRESENTACION DE OFERTAS **MIERCOLES 17 DE ABRIL DEL 2024**

**HORA 10:00**

ASUNTO **Servicio de Farmacia**

Detalle: Medicamentos

Valor del Pliego **0,00**

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 | POSACONAZOL 100 MG CAPSULA | 400      | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

| 2        | Renglón 2                        | Cantidad | Presentación | Precio Unit. |
|----------|----------------------------------|----------|--------------|--------------|
| Item N°1 | VALGANCICLOVIR 450 MG COMPRIMIDO | 400      | Unidad       |              |

**Plazo de Entrega:** 100% Inmediato

**Observaciones:**

Condiciones de Contratacion:

Forma de Pago: 7 dias fecha presentacion de factura 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